



Salud, vulnerabilidades, desigualdades

ROXANA BARRANTES Y PETER BUSSE (EDITORES)



50
AÑOS

IEP
INSTITUTO DE
ESTUDIOS
PERUANOS

SALUD, VULNERABILIDADES, DESIGUALDADES

Salud, vulnerabilidades, desigualdades

ROXANA BARRANTES Y PETER BUSSE (EDITORES)



Serie *Estudios sobre Desigualdad*, 9

“Esta publicación se llevó a cabo con la ayuda de una subvención del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, Canadá, bajo la iniciativa Think Thank.”

© IEP INSTITUTO DE ESTUDIOS PERUANOS
Horacio Urteaga 694, Lima 11
Telf.: (51-1) 332-6194
Correo-e: <publicaciones@iep.org.pe>
URL: <www.iep.org.pe>

ISBN: 978-9972-51-474-6

ISSN: 2224-7424

Impreso en Perú

Primera edición: Lima, octubre de 2014

1000 ejemplares

Hecho el depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú N.º 2014-14134

Registro del proyecto editorial en la Biblioteca Nacional: 11501131400940

Corrección de textos:	Daniel Soria
Diseño editorial:	Erick Ragas/Piero Vicente
Arte de carátula:	Erick Ragas
Diagramación:	Silvana Lizarbe
Cuidado de edición:	Odín del Pozo

Prohibida la reproducción total o parcial de las características gráficas de este libro por cualquier medio sin permiso de los editores.

Salud, vulnerabilidades, desigualdades / Roxana Barrantes y Peter Busse, eds. Lima, IEP, 2014
(Estudios sobre Desigualdad, 9)

1. DERECHO A LA SALUD; 2. SALUD PÚBLICA; 3. POLÍTICA DE SALUD; 4. ACCESO A LA SALUD; 5. MOVILIDAD SOCIAL; 6. VULNERABILIDAD E INCERTIDUMBRE; 7. PERÚ

W/05.03.05/D/9

Contenido

INTRODUCCIÓN.....	9
APUNTES SOBRE LA INGESTA DE ALIMENTOS EN EL PERÚ	
<i>Ramón Díaz</i>	25
Introducción.....	25
Marco teórico y revisión de la literatura.....	27
Descripción de los alimentos y el aporte de calorías potencialmente disponibles a partir del módulo de consumo.....	31
Algunos alcances sobre los alimentos fuera del módulo de consumo.....	39
La relación entre los ingresos y la demanda por calorías.....	40
Principales hallazgos y reflexiones finales.....	46
Referencias bibliográficas.....	49
LA DESIGUALDAD EN LA HIPERTENSIÓN: UNA INVESTIGACIÓN FORMATIVA EN COMUNICACIÓN Y SALUD	
<i>Peter Busse</i>	55
La hipertensión.....	56
La desigualdad en la hipertensión.....	58
La desigualdad asociada a la hipertensión.....	69
Las preguntas de investigación.....	71
Desigualdad en el acceso a la información de salud.....	75
Desigualdad en el acceso a los servicios de salud.....	78
Desigualdad en los comportamientos de salud.....	80
Discusión.....	82
Referencias bibliográficas.....	87

LOS EFECTOS DE LOS PROBLEMAS DE SALUD SOBRE LA ECONOMÍA
DE LOS HOGARES PERUANOS: IMPACTOS A FUTURO SOBRE
EL NIVEL DE CONSUMO

<i>Úrsula Aldana</i>	91
Introducción	91
Revisión de la literatura	92
El impacto de los problemas de salud sobre el consumo futuro de los hogares. Un análisis basado en la Encuesta nacional de hogares.....	98
Reflexiones finales.....	111
Referencias bibliográficas.....	112

VULNERABILIDAD SOCIAL, SALUD Y DERECHOS SEXUALES DE ADOLESCENTES
AYACUCHANOS

<i>Carmen Yon Leau</i>	115
Marco conceptual	118
Situaciones de vulnerabilidad social y sexual en la vida cotidiana de adolescentes ayacuchanos.....	120
Vulnerabilidad social, formas de agencia y salud sexual de los adolescentes.....	132
Referencias bibliográficas.....	136

SOBRE LOS AUTORES	141
-------------------------	-----

INTRODUCCIÓN¹

Un aspecto muy importante para el bienestar de las personas lo constituye su estado de salud. Y el estado de salud depende, a su vez, de un conjunto de variables: desde la propia composición genética de la persona hasta las condiciones de su entorno socioeconómico, o desde lo que come y su nivel de educación hasta, por supuesto, sus creencias y cultura en general.

Lo cierto es que las personas no podemos funcionar en sociedad si no estamos saludables. Y si la salud depende de tantos factores, es importante analizar algunos de ellos y qué efectos tienen tanto sobre el mismo estado de salud como en las posibilidades de mejorar los niveles de vida o salir de una situación de pobreza de una manera sostenible, sin que la nueva situación enfrente vulnerabilidades que la hagan precaria.

En los últimos cinco años, en el IEP, hemos dedicado una parte importante de los esfuerzos de investigación a comprender tanto las causas como la naturaleza de las diversas desigualdades que caracterizan a la sociedad peruana. Originalmente, partimos de la preocupación acerca de la desigualdad económica, buscando explicarla, pero encontramos que la desigualdad económica no era sino una de tantas vigentes en el Perú de hoy: desigualdades territoriales, de educación (en cualquiera de sus niveles), culturales, etc. Asimismo, tratamos de explicar sus efectos e interacciones con otras dimensiones de la vida social como la democracia, la diversidad y políticas de identidad, así como con la noción misma de

1. Esta introducción se escribió con la asistencia de investigación de Álvaro Grompone.

desigualdad. Una de las conclusiones de las investigaciones ha sido que no se trata de una sino de varias desigualdades.

Con este volumen ampliamos el ámbito de estudios sobre desigualdades para incluir aquellas dimensiones que afectan, y son afectadas, por el estado de salud. Presentamos los resultados de investigaciones realizadas en cuatro frentes: la ingesta de alimentos, la comunicación alrededor de una enfermedad crónica como la hipertensión, los efectos de shocks de salud en las posibilidades de acumulación de los hogares y la vulnerabilidad social y sexual de los jóvenes.

Antes de presentar brevemente cada texto, en esta introducción revisamos la literatura sobre la desigualdad en salud. Luego, sobre la base de información recogida en la encuesta sobre percepciones de movilidad social que levantó el IEP en 2011, presentamos un análisis que identifica a una población vulnerable ante la imposibilidad de controlar sus problemas de salud, por lo que se le considera una población expuesta. Seguidamente, presentamos brevemente los componentes más importantes de la reforma actual del sector salud y culminamos con una presentación de cada uno de los capítulos de este libro.

La desigualdad en salud

Está claro que existen diferencias entre sectores de la población peruana, y que estas se remontan a las raíces coloniales del país (Cotler 2005). Estas diferencias no solo se manifiestan en grupos socioeconómicos, sino que también se expresan en las mentalidades y culturas (Ames 2011). Se ha sugerido que la desigualdad es producto de una serie de causas, como la discriminación étnico-racial, y sus consecuencias se observan en el acceso no equitativo a la riqueza, la educación y la salud (Ames 2011). Por ejemplo, se sabe que las mujeres indígenas sufren de discriminación cuando acceden a servicios de salud (Ames 2011). A pesar de que se conoce algunas causas, no son del todo comprendidos los mecanismos por los cuales estas generan efectos diferenciados en la salud de las personas.

Existen varias opiniones sobre qué es la desigualdad en la salud y, en particular, sobre cómo se mide, cuáles son sus indicadores y determinantes, y sobre cómo resolverla. Carter-Pokras y Baquet (2002) indican que uno de los modos en que se puede medir la desigualdad en la salud es comparando la salud de un grupo con otro que sirve de referente. Si bien la desigualdad puede verse simplemente como una diferencia entre dos o más grupos de personas con respecto a un indicador en salud —sea prevalencia de una enfermedad, acceso a información o a servicios de salud—, esta puede entenderse como una diferencia que resulta ser injusta y evitable (Carter-Pokras y Baquet 2002). Debe ser injusta y evitable para

poder llamarla desigualdad —y no una simple diferencia— y poder intervenir para resolverla. Existen diferencias en la salud que pueden no ser injustas —como aquellas que son resultado de la elección de las personas, como es el caso de individuos que libremente realizan actividades que ponen sus vidas en riesgo— o no evitables, como aquellas que resultan de variaciones genéticas entre las personas (Carter-Pokras y Baquet 2002).

De acuerdo con Carter-Pokras y Baquet (2002), la Organización Mundial de la Salud (OMS) —sobre la base del trabajo de Margaret Whitehead— ha establecido que algunos de los factores que determinan desigualdades en la salud pueden ser evitables y otros no. La OMS, adoptando la conceptualización de Whitehead, propone siete factores que determinan desigualdades en la salud:

- (1) variaciones naturales, biológicas;
- (2) comportamientos que afectan la salud y que son escogidos libremente, como algunos deportes o pasatiempos;
- (3) la ventaja transitoria de salud de un grupo sobre otro, cuando un grupo adopta primero un comportamiento que promueve la salud (en tanto los otros grupos tienen los medios para empatarlos rápidamente);
- (4) comportamientos que afectan la salud en los que el grado de elección de estilos de vida está severamente restringido;
- (5) exposición a condiciones de vida y de trabajo estresantes y no saludables;
- (6) acceso inadecuado a servicios esenciales de salud y otros servicios básicos;
- (7) selección natural, o movilidad social relacionada con la salud, que involucra la tendencia que tienen las personas enfermas a descender en la escala social. (p. 427)

Del mismo modo, Carter-Pokras y Baquet (2002) indican que Health Canada señala 12 determinantes de la salud:

- (1) ingresos y estatus social,
- (2) redes de soporte social,
- (3) educación,
- (4) empleo y condiciones de trabajo,
- (5) ambientes sociales,
- (6) ambientes físicos,
- (7) prácticas personales de salud y habilidades para afrontar problemas,
- (8) desarrollo saludable del niño,
- (9) donación biológica y genética,
- (10) servicios de salud,
- (11) género y
- (12) cultura. (Carter-Pokras y Baquet 2002: 427)

Tanto la literatura como las políticas de salud reconocen la existencia de desigualdades en el acceso a la salud. Por ejemplo, Wong y Díaz (2007) encontraron que la desigualdad en el acceso a los servicios de salud por parte de la población de cincuenta años o más en México estaba asociada con factores demográficos, como la edad y el género; socioeconómicos, como la educación y los ingresos; condiciones de salud, como el cáncer o diabetes; y la disponibilidad de seguro de salud. Es decir, todos estos factores diferenciaban el acceso a la salud.

En 2008, una comisión especial de la OMS publicó el reporte *Cerrando la brecha en una generación: equidad en salud a través de la acción en los determinantes sociales de la salud*, como una respuesta global contra las inequidades en salud

(CSDH 2008). El modelo conceptual de la Comisión refleja más de un nivel en el que determinados factores inciden en la salud. De acuerdo con la Comisión, hay determinantes que operan en un nivel general, como son el Gobierno, las políticas o la cultura; en un nivel intermedio, como son la posición social, la educación, el ingreso, etc.; y en un nivel individual, como son los comportamientos, los factores psicosociales o los biológicos. De acuerdo con la Comisión, y considerando el modelo conceptual, se puede intervenir en las circunstancias de la vida diaria, que incluyen

[...] exposiciones diferenciales a influencias que causan las enfermedades en la vida temprana, los ambientes sociales y físicos, y el trabajo, asociado con la estratificación social. Dependiendo de la naturaleza de estas influencias, diferentes grupos tendrán diferentes experiencias de condiciones materiales, soporte psicosocial, y opciones de comportamiento, que los hace más o menos vulnerables a una salud pobre. (CSDH 2008: 42)

De otro lado, están los motivadores estructurales, como son “la naturaleza y el grado de estratificación social en la sociedad —la magnitud de la inequidad en las dimensiones listadas—; sesgos, normas, y valores dentro de la sociedad; procesos de gobierno en el nivel global, nacional y local” (CSDH 2008: 42).

Teniendo en cuenta lo anterior sobre las desigualdades en la salud, y atendiendo a las respuestas locales o globales para reducirlas, se observa que existen determinantes que causan desigualdades en aspectos de la salud en, al menos, dos niveles: existen diferencias de salud que se experimentan individualmente y diferencias que se experimentan de manera colectiva. Individualmente, se observan diferencias en el padecimiento de enfermedades —o sus antecedentes, como conocimientos, comprensión, comportamientos— debido a exposiciones diferenciadas en relación con factores de riesgo causados por ambientes sociales, físicos o de trabajo. Colectivamente, se observan diferencias en aspectos de la salud —como prevalencias de enfermedades o índices de mortalidad o desnutrición— por causa de factores sociales o políticos, como las diferencias socioeconómicas, culturales o de valores, así como disposiciones legales o políticas locales, nacionales o globales. De este modo, una intervención que busque reducir la desigualdad se puede implementar de manera individual, mediante el mejoramiento de las condiciones de vida de quienes experimentan la desventaja y, de forma colectiva, a través de cambios en las condiciones estructurales que determinan las diferencias en salud entre grupos sociales.

En el Perú, la preocupación por la desigualdad en el acceso a la salud ha sido explicitada en la política sectorial del Ministerio de Salud, en tanto la equidad es un principio básico de la salud (Minsa 2002: 29). Si bien el Estado reconoce

desigualdades en el acceso a la salud, se sabe poco sobre el grado en que estas afectan la salud. Hace más de una década, Valdivia (2002) estimó la existencia de inequidad en la desnutrición crónica infantil, pues mientras en el decil más pobre 30% de los niños padecía desnutrición crónica, en el decil más rico solo 4% de los niños padecía de este problema. De acuerdo con Valdivia (2002), el efecto del ingreso llegaba a explicar el 40% de las diferencias en desnutrición crónica entre el quintil más pobre y el más rico.

Examinando las encuestas Endes 1996 y Enniv 1997, Valdivia (2002) señaló algunos indicadores de la desigualdad en la salud, como son enfermedad, inhabilitación, desnutrición crónica infantil, consultas ambulatorias, mortalidad infantil, mortalidad en la niñez, acceso a vacunación completa, controles prenatales y atención durante el parto. Analizando la Enniv 1997, este autor corroboró la existencia de desigualdad en la salud de los peruanos, al indicar que “25% de los niños menores de 5 años se encontraron en situación de desnutrición crónica, pero 69% de ellos pertenecen al 40% más pobre de la población” (Valdivia 2002: 50). Por otro lado, el investigador estimó que “16,4% de la población fue a una consulta ambulatoria durante el mes anterior a la encuesta [...], pero solo 18% de estas consultas se concentraron en el 40% más pobre de la población” (Valdivia 2002: 50).

La medida en la cual estos indicadores de amplia inequidad en el acceso a la salud y en los resultados de salud ha cambiado luego de más de diez años de crecimiento económico sostenido es materia todavía de investigación. Lo que sí se puede constatar son las amplias desigualdades territoriales. Por ejemplo, mientras el porcentaje de menores de cinco años con desnutrición crónica bajó de 23,2% en 2010 a 17,5% en 2013, lo cierto es que regiones como Huancavelica ofrecen un porcentaje que alcanza 42,3% al mismo tiempo que Lima exhibe 2,9% en 2013. En cuanto a mortalidad infantil, el número de muertes por cada mil nacidos vivos bajó también de 24 en el año 2009 a 19 en los años 2012-2013 a escala nacional, mientras que en Puno alcanzó las 40 comparado con las 12 en Lima. Y respecto a una enfermedad crónica como la diabetes, el porcentaje a nivel nacional alcanzó 9% de adultos mayores de 60 años, lo que contrasta con el 2,1% en Amazonas y el 12,7% en Lima y Callao.

Hay dos determinantes de salud que han sido estudiados en el Perú: la etnicidad y el nivel socioeconómico. Se sabe que la etnicidad —un constructo que ha sido capturado por la lengua materna de los individuos— determina un acceso diferente a los servicios de salud materno-infantil (Valdivia 2011) y que, de un modo más general, la diferencia socioeconómica también influye en el acceso desigual a la salud. Por ejemplo, los pobres tienen un mal acceso al cuidado de la

salud, lo que se suma a un número reducido de oportunidades para controlar sus enfermedades (Perel et ál. 2006). Goldstein y sus colegas (2005) encontraron que pertenecer al nivel más bajo de estatus social —operacionalizado con una serie de variables que capturan las posesiones materiales en el hogar— incrementa el riesgo de padecer múltiples enfermedades cardiovasculares por un factor de 4, cuando se compara con el nivel alto de estatus social. Sin embargo, no solo el acceso económico determina la diferencia en salud, pues se cree que la desigualdad —en países de la región— también se observa en diferencias de factores de riesgo, independientemente del acceso al cuidado de la salud (Perel et ál. 2006). En conjunto, la realidad de la desigualdad en la salud es compleja, y, por eso, no se puede identificar un único determinante.

La vulnerabilidad en el sector salud: un análisis de la población expuesta en el Perú

Tal como menciona Lavilla (2012), en el Perú, el gasto de bolsillo por salud es relativamente alto, y puede llevar a que cierta población no pobre caiga en situación de pobreza, en caso enfrente un shock de salud, es decir, una circunstancia inesperada y muy grave que afecta su salud. El mismo autor señala que las características típicas de los hogares cuyo gasto de bolsillo en salud se considera catastrófico incluyen el tener ocho años de educación, y que casi la mitad no está plenamente asegurada. En el Perú, la importancia del seguro es crítica debido a que, a diferencia de países con políticas de bienestar social, la atención de problemas de salud no es responsabilidad directa del Estado, que ha optado por un modelo de aseguramiento universal. Sin duda, tener o no un seguro de salud determina desigualdades en el acceso a servicios de salud.

En general, lo que se observa es que el aseguramiento en salud es menor para los sectores de ingresos intermedios. De este modo, resulta preocupante la fragilidad que muestra este grupo, el cual ante shocks relacionados con la salud podría perder su condición de sector económico intermedio (o clase media, en las nuevas definiciones) y caer en situación de pobreza (o regresar a dicha condición).

De este modo, tal como señalan Barrantes y otros (2013) al presentar los resultados de la encuesta de percepción de movilidad social que aplicó el IEP en 2011, existe un bolsón de población que no posee ningún tipo de seguro, pese a que reconoce la necesidad de tenerlo. Esta discrepancia entre percepción de necesidad y la acción para contar con un seguro se muestra al notar que 94,6% de los encuestados manifestó que sí consideraba necesario tener un seguro de salud, mas tan solo el 50,8% de ellos dijo poseer algún tipo de seguro de salud. De esta

manera, es claro que casi la mitad de los individuos que desearían tener un seguro, en la práctica, no lo poseen, ya sea por falta de acceso u otras razones. La pregunta que surge es por qué, y buscaremos una respuesta en lo que sigue.

Un primer punto a analizar es la relación entre el nivel de ingresos y el estar afiliados a un seguro de salud. En este aspecto, destaca que los más desprotegidos no serían aquellos individuos con menos años de educación, sino que existiría una especie de U invertida en la relación entre años de educación y población sin seguro. La población más desprotegida sería aquella que percibe ingresos de entre S/. 450 y S/. 900, es decir, un rango de ingresos intermedio. Asimismo es posible notar una clara diferencia entre el seguro que posee la población de menores ingresos a S/. 450 y el seguro que posee la población con ingresos mayores a S/. 900: los de menores ingresos cuentan con el Seguro Integral de Salud (SIS), el cual está destinado a asegurar a la población de menores recursos del país; por su parte, en la población de más de S/. 900 soles de ingresos, el seguro predominante es EsSalud (en el sector de ingresos más altos, los otros tipos de seguro —EPS o seguro privado, por ejemplo— cobran relevancia). Con ello, se confirma el carácter progresivo del SIS, mientras que EsSalud sería más bien regresivo. Ello se observa en la tabla 1.

TABLA 1
RELACIÓN ENTRE SEGUROS DE SALUD E INGRESOS PERCIBIDOS
(SOLO PARA QUIENES MANIFIESTAN QUE ES NECESARIO TENER SEGURO)

Rango de ingresos percibidos (S/.)	TIPO DE SEGURO DE SALUD QUE SE POSEE				No tiene seguro	No precisa
	Sí tiene seguro			Total		
	SIS	EsSalud	Otros seguros	Total		
Menos de 450	46,9	5,7	0,4	53,0	46,7	0,4
De 450 a 900	26,6	18,6	2,0	47,2	52,3	0,5
De 900 a 1350	13,3	39,6	2,8	55,7	44,0	0,2
De 1350 a 2700	5,0	47,9	7,5	60,4	39,3	0,4
Más de 2700	2,0	46,1	16,6	64,7	35,3	0
Total	23,6	25,4	3,4	52,4	47,1	0,5

Fuente: Encuesta de movilidad social del IEP.

Elaboración propia

En ese mismo sentido, es posible encontrar una relación similar a la anterior al considerar el vínculo entre los años de educación y la población que no tiene un seguro de salud. Así, en general, los individuos con entre 4 y 11 años de educación son aquellos que carecen de seguro de salud en mayor proporción. El que individuos con muy pocos años de educación (de 0 a 3) tengan seguro en mayor proporción responde a que el Seguro Integral de Salud (SIS) está destinado a la población de menores recursos; por ejemplo, casi el 60% de la población sin ningún año de educación (0 años) está afiliado a este tipo de seguro. Por el contrario, la cobertura del SIS en la población con más años de educación (superior a educación secundaria) es bastante más reducida, por lo que cobra relevancia la afiliación al seguro de EsSalud. Este último tipo de seguro va haciéndose más importante a medida que los años de educación son mayores a 11 (superior a educación secundaria), lo que deja a un sector de la población especialmente vulnerable. La tabla 2 muestra estos resultados con mayor detalle.

TABLA 2
RELACIÓN ENTRE SEGUROS DE SALUD Y AÑOS DE EDUCACIÓN
(SOLO PARA QUIENES MANIFIESTAN QUE ES NECESARIO TENER SEGURO)

Años de educación	TIPO DE SEGURO DE SALUD QUE SE POSEE					No tiene seguro	No precisa
	Sí tiene seguro			Total			
	SIS	EsSalud	Otros seguros				
De 0 a 3 años	49,8	8,5	0,5	58,8	40,7	0,5	
De 4 a 11 años	27	18,9	1,8	47,7	52,1	0,2	
De 12 a 15 años	14,1	34,1	6,4	54,6	44,3	1,1	
Más de 15 años	7,0	51,3	7,6	65,9	33,5	0,6	
Total	23,6	25,4	3,4	52,4	47,1	0,5	

Fuente: Encuesta de movilidad social del IEP.

Elaboración propia

Lo anterior es relevante, ya que implica la existencia de un sector de la población en gran vulnerabilidad, puesto que no cuenta con las condiciones para adquirir un seguro de salud (como EsSalud u otro tipo), pero tampoco son sujetos a recibir el SIS. De este modo, este grupo está expuesto a que, ante alguna emergencia o shock relacionado a salud, su situación “intermedia” de ingresos se deteriore hasta volver a una situación precaria. Con ello, la vulnerabilidad se hace

sumamente relevante, ya que la población inmediatamente por encima del nivel de pobreza es especialmente vulnerable a shocks asociados a la salud. Con ello, el factor salud puede constituir una traba para una satisfactoria movilidad social, ya que los sectores intermedios serían vulnerables al deteriorar su situación socioeconómica ante emergencias de salud frente a las cuales no se encuentren cubiertos.

Lo anterior se confirma al mostrar cómo la población sin seguro sufraga los gastos ante alguna enfermedad. En general, de acuerdo con la encuesta de movilidad social, el 43% de los individuos sin seguro debió recurrir a algún tipo de préstamo para enfrentar los gastos de alguna enfermedad, mientras que 21% manifiesta que lo hizo usando sus ahorros. De este modo, se ve que más del 60% de la población sin seguro debe optar por una estrategia que los deja particularmente expuestos a deteriorar su situación económica, ya que no posee ninguna otra opción. Una vez más, ello representa un obstáculo para que los individuos puedan mejorar su condición económica o consolidar alguna situación de ingresos intermedia, y destaca aún más la importancia de la inclusión financiera para enfrentar esta vulnerabilidad.

Es posible establecer qué características se correlacionan en mayor medida con el carecer de aseguramiento en salud. En general, el análisis de la encuesta indica que es más usual no contar con un seguro de salud si se es una persona con secundaria incompleta, que estudió en un colegio estatal o tiene un rango de ingresos entre S/. 450 y S/. 900. Asimismo, no cuentan con un seguro de salud quienes están en la categoría ocupacional de independiente, con un trabajo no permanente, con abastecimiento de agua vía camión-cisterna, y que, ante problemas de salud, se atienden en una farmacia. De este modo, se vuelve a confirmar la tendencia a carecer de seguro en caso se esté en una capa socioeconómica media: no se trata de las personas con menor educación (sin nivel o primaria incompleta), de menor ingreso (menor a S/. 450), ni la gente que no cuente con un trabajo, sino de condiciones, en teoría, más favorables que las anteriores.

Sobre esta base, se destaca el éxito del SIS como política pública de inclusión y la vigencia de la cobertura de EsSalud para los trabajadores formales. Definitivamente, es una buena noticia que el SIS atienda a la población de menores recursos y se enfoque en reducir la vulnerabilidad de dichas personas con mayores necesidades. Sin embargo, el sistema de seguros como un todo está dejando sin protección a un grupo importante de población que ha superado la situación de mayor precariedad económica. En ese sentido, es necesario considerar que algún tipo de seguro debería atender a dicho segmento poblacional, con lo cual se evite que su grado de exposición sea el más alto.

La reforma del sector salud en la actualidad

La reforma del sector salud ha sido una de las políticas más destacadas por el gobierno de Ollanta Humala desde la segunda mitad del año 2013. La importancia del componente de salud es más que evidente, tal como lo es el hecho de que el país se encuentra sumamente rezagado en dicho aspecto, considerando, por ejemplo, el gasto público en salud, varios puntos porcentuales por debajo del promedio latinoamericano, como proporción del PBI. En ese sentido, el Gobierno ha sido enfático en que el principal objetivo de la reforma se encuentra en el mayor bienestar de los ciudadanos en lo referente a la salud. De este modo, los objetivos pueden definirse sobre la base de tres ejes: ampliar la cobertura poblacional de la protección en salud, mejorar los servicios de salud y defender los derechos de los usuarios.

El Consejo Nacional de Salud (CNS) es un

[...] órgano consultivo del sector salud que cuenta con representantes de distintas organizaciones gubernamentales y no gubernamentales relacionadas con la salud del país (Minsa, Asamblea Nacional de Rectores, Colegio Médico del Perú, Asamblea de Municipalidades del Perú, Organizaciones de la Sociedad Civil, EsSalud, Sanidades, etc.).²

Este identificó cuatro retos fundamentales en materia de salud para el Gobierno. En primer lugar, se deben hacer mejoras en el estado de salud de toda la población; ello implica una articulación entre dimensiones, sectores, niveles de gobierno y aspectos de la salud, con el objetivo de reducir las brechas en el acceso a la salud. El segundo reto identificado consiste en instaurar una cultura de prevención y protección de la salud en la población, lo que incluye promover conductas saludables, campañas de prevención, etc. El tercer punto se refiere a avanzar hacia un sistema de servicio a la población, esto es, cerrar brechas de infraestructura, de recursos humanos y de gestión. Finalmente, el cuarto reto consiste en aliviar la carga financiera, la cual sigue siendo alta, con el objetivo de que el gasto de bolsillo de la población no supere el 20% de su gasto total en salud (es decir, un 80% sería financiamiento público) (CNS 2013: 12-19). A partir de lo anterior, el mismo CNS plantea que la respuesta del Estado debe incluir tres dimensiones: (i) poblacional (que toda la población cuente con cobertura para acceder a los servicios de salud individual y pública), (ii) prestacional (que toda la población progresivamente pueda acceder a prestaciones integrales y de calidad) y (iii) financiera

2. Véase <<http://www.pcm.gob.pe/reformas/wp-content/uploads/2013/08/REFORMA-DE-SALUD.pdf>>.

(que toda la población esté libre de riesgos financieros que pudiera implicar un evento de enfermedad, que minimice su gasto de bolsillo) (CNS 2013: 21-22).

Los beneficios para la población que traerán estas políticas consistirán en que más ciudadanos estén asegurados, con menor gasto de bolsillo, que sus necesidades de salud puedan resolverse en redes integradas de salud cercanas, que se tenga acceso a medicamentos de calidad y bajo precio, que se reciban servicios de salud de calidad, oportunos y acordes a su cultura, que se tenga cobertura de las principales enfermedades catastróficas, entre otros.³ Con el lanzamiento de esta reforma, tal como lo sostuvo el presidente Ollanta Humala, se buscaba que “todo niño peruano nazca protegido” y que el sector salud se ordene adecuadamente, lo que incluía, además, construir y modernizar más de 170 establecimientos de salud.⁴ La primera fase de esta reforma consiste en haber desarrollado los lineamientos y medidas, el marco legislativo de la reforma de salud y los cambios institucionales, como la creación de un viceministerio de prestaciones de salud y aseguramiento universal y otro de salud pública, así como del Instituto Nacional de Salud.

En septiembre de 2013, se dio un primer paquete de medidas a través de tres decretos legislativos. Una primera medida, acaso una de las más polémicas, fue la referente a la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado, dada mediante el Decreto Legislativo n.º 1153. En ella, se desarrolla la estructura de ingresos, de la remuneración principal, ajustada y priorizada, así como todos los elementos adicionales que componen la compensación económica.

En ese mismo mes, se expidió el Decreto Legislativo n.º 1155, el cual dicta medidas destinadas a mejorar la calidad del servicio y declara de interés público el mantenimiento de infraestructura y el equipamiento en los establecimientos de salud a nivel nacional. Tal como indica su nombre, se dan diversos planes y medidas para mantener adecuadamente la infraestructura del sector salud, así como el proceso de licitaciones que conduzcan a tal fin. Por su parte, desde diciembre de 2013, se empezaron a dictar medidas adicionales en la misma línea de la reforma de salud. Entre ellas, quizá las más importantes son las referidas a (i) la modernización de la gestión de la inversión pública en salud (DL n.º 1157, que establece criterios para planear, expandir y sostener la oferta en el sector salud creando una Comisión Multisectorial de Inversión en Salud); (ii) la que reforma la ahora denominada Superintendencia Nacional de Salud (DL n.º 1158, que establece las

3. Véase <<http://www.pcm.gob.pe/reformas/wp-content/uploads/2013/08/REFORMA-DE-SALUD.pdf>>.

4. Véase <http://www.diariolaprimera-peru.com/online/politica/ollanta-humala-presento-lineamientos-de-la-reforma-del-sector-salud_140628.html>.

funciones de la SNS, su organización y atribuciones específicas, lo que, además, traería un mayor control y sanciones al sector privado); (iii) la que busca fortalecer el SIS (DL n.º 1163, que desarrolla las funciones, financiamiento y asegurados del SIS; esto se complementa con el DL n.º 1164, que busca extender la cobertura poblacional de dicho seguro); (iv) la que mejora el acceso a medicamentos necesarios para afiliados del SIS mediante las “farmacias inclusivas” (DL n.º 1165); y (v) la que conforma la red de atención primaria de salud (DL n.º 1166). Otras medidas incluyen el intercambio prestacional en el sector salud, la organización y funciones del Minsa, la creación del Instituto de Gestión de Servicios de Salud, la búsqueda de desarrollo y transferencia de tecnologías sanitarias, entre otras.⁵

A partir de lo anterior, es claro que, en materia legislativa, ya se han sentado casi todas las bases de la reforma de salud. Debe considerarse que las medidas se podían plantear en tres ejes: (i) protección al ciudadano de los riesgos de enfermar y morir (reorganizar el Minsa, implementar la carrera de técnicos de salud pública, transferencia de tecnología, etc.), (ii) protección al usuario de servicios de salud (redes integradas de atención primaria de salud, optimizar la gestión pública, facilitar disponibilidad de medicamentos, etc.) y (iii) protección financiera en salud (focalización geográfica en zonas rurales, implementar nuevas modalidades de pago, etc.).⁶ De esta forma, parece evidente que la normatividad ha apuntado a los dos primeros ejes, ya que casi todas las medidas propuestas se ven expresadas en algún decreto legislativo; sin embargo, el tercer eje aún parece no haberse planteado con la misma fuerza que los anteriores todavía.

Cabe resaltar que esta reforma de salud implica la necesidad de muchos recursos económicos. Es por ello que se han movilizado recursos hacia el sector salud para lograr llevar a cabo esta reforma. De este modo, el presupuesto (PIM) para salud de 2014 se ha incrementado 18% respecto al de 2013, y 33% si se le compara con el presupuesto de salud de 2012. Dentro de este monto, vale destacar que el presupuesto destinado al SIS se ha más que duplicado entre 2012 y 2014, lo que implica un incremento de S/. 725 millones.

Salud y vulnerabilidades

Es en este contexto de reforma de políticas públicas que ofrecemos estas investigaciones para la discusión.

5. Para un análisis con mayor detalle de todos los lineamientos de política para el sector salud, véase CNS 2013: 27-127.

6. Véase <<http://www.pcm.gob.pe/reformas/wp-content/uploads/2013/08/REFORMA-DE-SALUD.pdf>>.

El texto de Díaz hace un análisis muy detallado de cómo los hogares satisfacen sus necesidades de nutrientes, utilizando datos de las encuestas de hogares (Enaho) entre 2004 y 2009. Uno de los hallazgos más importantes es que, si bien el gasto de los hogares en alimentos aumentó en el periodo de análisis, la ingesta potencial de calorías ha disminuido. Otro que también es importante destacar desde el inicio es que se consume en exceso cereales ricos en carbohidratos y se observan carencias en el consumo de frutas, lácteos y carnes y pescado.

Con estos patrones alimenticios, no tendría que sorprender el incremento en la incidencia de enfermedades crónicas. En el texto de Busse, se analiza la desigualdad en la hipertensión sobre la base de entrevistas a profundidad con actores clave, y encuestas a doctores y pacientes en establecimientos de salud de Lima. El estudio sugiere que ciertos grupos poblacionales, caracterizados por tener poca educación y contar con bajos ingresos económicos, experimentan una desventaja en dos determinantes de la hipertensión: en el acceso a información de salud y el acceso a servicios de salud que les permitan controlar su enfermedad. Dado que algunos de los determinantes de la hipertensión pueden ser controlados —en consecuencia, se puede disminuir esta enfermedad—, el estudio sugiere algunas recomendaciones que pueden implementarse para reducir no solo la hipertensión, sino también su desigual prevalencia entre la población del Perú.

Aldana, por su parte, al examinar los efectos en el tiempo de un shock de salud sobre el consumo, encuentra que aquel tiene consecuencias bastante negativas en las áreas rurales, mientras que en las áreas urbanas el efecto negativo sobre el consumo futuro es menor. Los datos que utiliza provienen también del panel, entre 2004 y 2006, de la Encuesta nacional de hogares.

Finalmente, el texto de Yon, sobre la base de información cualitativa recogida en la ciudad de Huamanga, Ayacucho, indaga sobre la vulnerabilidad sexual de adolescentes en barrios periféricos. Sus hallazgos presentan un panorama complejo de interacciones y articulaciones, donde la vulnerabilidad social es el gran elemento causal, producto de jerarquías étnicas, culturales y de género, junto con nociones de ciudadanía y modernidad.

Con los cuatro estudios anteriores esperamos promover una mayor discusión sobre las desigualdades en salud en el país. Una conclusión importante es que, en salud, hay grupos poblacionales que están en mayor desventaja que otros, y que las causas de estas inequidades son múltiples.

Referencias bibliográficas

AMES, P.

- 2011 “Cultura y desigualdad: discriminación, territorio y jerarquías en redefinición”. En Julio Cotler y Ricardo Cuenca (eds.), *Las desigualdades en el Perú: balances críticos*. Lima: IEP.

BARRANTES, R., J. MOREL y E. VENTURA

- 2013 *¿El Perú avanza o los peruanos avanzamos?: el estado actual de la movilidad social en el Perú*. Lima: IEP.

CARTER-POKRAS O. y C. BAQUET

- 2002 “What Is a ‘Health Disparity’?”. *Public Health Reports*, n.º 117: 426-434.

CNS-CONSEJO NACIONAL DE SALUD

- 2013 *Vivamos el cambio. Reforma de salud: Lineamientos y medidas de reforma del sector salud*. Lima: CNS. Disponible en: <<http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/reforma/documentos/documentoreforma11122013.pdf>>.

COTLER, J.

- 2005 *Clases, Estado y nación en el Perú* (3.ª ed). Lima: IEP.

CSDH

- 2008 *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Ginebra: OMS.

GOLDSTEIN, J. et ál.

- 2005 “Poverty Is a Predictor of Non-Communicable Disease Among Adults in Peruvian Cities”. *Preventive Medicine*, n.º 41: 800-806.

LAVILLA, H.

- 2012 *Empobrecimiento por gasto de bolsillo en salud: incidencia del gasto de bolsillo en salud en el Perú, 2006-2009*. Lima: CIES, Universidad Nacional del Callao.

MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ

- 2002 *Lineamientos de política sectorial para el periodo 2002-2012 y principios fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001-Julio 2006*. Lima: Minsa.

PEREL, P. et ál.

- 2006 “Noncommunicable Diseases and Injuries in Latin America and the Caribbean: Time for Action”. *Plos Medicine*, vol. 3, n.º 9: e344.

VALDIVIA, M.

- 2002 *Acerca de la magnitud de la inequidad en salud en el Perú*. Lima: Grade.
- 2011 “Etnicidad como determinante de la inequidad en salud materno-infantil en el Perú”. En A. Hernández Bello y C. Rico de Sotelo (eds.), *Protección social en salud en América Latina y el Caribe: investigación y políticas*. Bogotá: IDRC, Pontificia Universidad Javeriana, pp. 121-158.

WONG, R. y J. DÍAZ

- 2007 “Health Care Utilization among Older Mexicans: Health and Socioeconomic Inequalities”. *Salud Pública de México*, n.º 49: S4.

NORMAS

- 2013a Poder Ejecutivo. “Decreto Legislativo que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado”. Decreto Legislativo N.º 1153-2013, *El Peruano*, 12 de septiembre de 2013. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2013/DL1153_2013.pdf> (última consulta: 31/07/14).
- 2013b Poder Ejecutivo. “Decreto Legislativo que dicta medidas destinadas a mejorar la calidad del servicio y declara de interés público el mantenimiento de la infraestructura y el equipamiento en los establecimientos de salud a nivel nacional”. Decreto Legislativo N.º 1155-2013, *El Peruano*, 13 de septiembre de 2013. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2013/DL1155_2013.pdf> (última consulta: 31/07/14).
- 2013c Poder Ejecutivo. “Decreto Legislativo que aprueba la modernización de la gestión de la inversión pública en salud”. Decreto Legislativo N.º 1157-2013, *El Peruano*, 06 de diciembre de 2013. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Especiales/2013/reforma/DL1157.pdf> (última consulta: 31/07/14).
- 2013d Poder Ejecutivo. “Decreto Legislativo que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud”. Decreto Legislativo N.º 1158-2013, *El Peruano*, 06 de diciembre de 2013. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Especiales/2013/reforma/DL1158.pdf> (última consulta: 31/07/14).
- 2013e Poder Ejecutivo. “Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud”. Decreto Legislativo

- N.º 1163-2013, *El Peruano*, 07 de diciembre de 2013. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Especiales/2013/reforma/DL1163.pdf> (última consulta: 31/07/14).
- 2013f Poder Ejecutivo “Decreto Legislativo que establece disposiciones para la extensión de la cobertura poblacional del Seguro Integral de Salud en materia de afiliación al régimen de financiamiento subsidiario”. Decreto Legislativo N.º 1164-2013, *El Peruano*, 07 de diciembre de 2013. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Especiales/2013/reforma/DL1164.pdf> (última consulta: 31/07/14).
- 2013g Poder Ejecutivo “Decreto Legislativo que establece el mecanismo de ‘farmacias inclusivas’ para mejorar el acceso a medicamentos esenciales a favor de los afiliados al Sistema Integral de Salud (SIS)”. Decreto Legislativo N.º 1165-2013, *El Peruano*, 07 de diciembre de 2013. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Especiales/2013/reforma/DL1165.pdf> (última consulta: 31/07/14).
- 2013h Poder Ejecutivo. “Decreto Legislativo que aprueba la conformación y funcionamiento de redes integradas de atención primaria de salud”. Decreto Legislativo N.º 1166-2013, *El Peruano*, 07 de diciembre de 2013. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Especiales/2013/reforma/DL1166.pdf> (última consulta: 31/07/14).

APUNTES SOBRE LA INGESTA DE ALIMENTOS EN EL PERÚ¹

RAMÓN DÍAZ

Introducción

Los alimentos, el vestido y la vivienda son algunas de las necesidades más urgentes de las personas. La ingesta de alimentos permite reponer las energías utilizadas para realizar nuestras diferentes actividades físicas e intelectuales. Una inadecuada alimentación desgasta el cuerpo, puede afectar al sistema inmunológico y es determinante en el desarrollo de la capacidad intelectual de los niños en sus primeros años de vida.

En los últimos años, el Perú ha experimentado un sostenido periodo de crecimiento macroeconómico. Este hecho se tradujo en una importante reducción de la pobreza monetaria, que pasó de 50% en 2001 a 35% para el año 2009. Sin embargo, en este mismo periodo, el déficit calórico² se ha mantenido alrededor del 30%. Así, estaríamos atravesando una situación en la cual el aumento en los niveles de gasto (y de ingresos) no se traduce directamente en una disminución del déficit aparente de calorías.

-
1. Esta es una versión resumida del informe final del estudio “Análisis de la ingesta de alimentos en el Perú”, elaborado para el Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES). Disponible en: <<http://cies.org.pe/sites/default/files/investigaciones/analisis-economico-de-la-ingesta-de-alimentos-en-el-peru.pdf>>.
 2. El déficit calórico es “aparente” debido a que solo podemos conocer un estimado de las calorías que los hogares han adquirido (por diferentes vías), mas no cómo estas se distribuyen dentro del hogar.

El déficit calórico brinda información sobre el porcentaje de la población que está por debajo de un nivel mínimo de consumo de calorías diarias, que se asume como el mínimo requerido por el ser humano para su reproducción normal. Así, el indicador del déficit calórico permite detectar posibles problemas de alimentación. Este indicador no implica directamente problemas de desnutrición. No obstante, si por un periodo prolongado las calorías consumidas no alcanzan el mínimo requerido, entonces, sí se pueden generar problemas de desnutrición. Por lo tanto, su seguimiento permitiría diseñar políticas dirigidas a atacar este problema.³

Además de cumplir con los requerimientos calóricos mínimos, para reponer la energía consumida, es necesario también que el cuerpo reciba adecuadas cantidades de proteínas, minerales como el hierro y calcio, y vitaminas. Casi todos los alimentos que consumimos contienen todas las sustancias que el cuerpo necesita pero en diferentes proporciones. No obstante, distintos factores intervienen en la selección de los alimentos que se consumen. Los precios y el presupuesto familiar son dos importantes determinantes. Los hábitos y la disponibilidad tienen también un importante papel en esta elección. Dicha combinación puede o no aportar la energía suficiente, dados los requerimientos calóricos mínimos. Por otro lado, aun cuando dichos requerimientos sean satisfechos, no necesariamente los requerimientos de balance y cantidades de nutrientes son alcanzados.

Esta investigación pretende aproximarse a los factores que determinan la demanda por calorías y de nutrientes en el Perú a partir de los datos de las encuestas de hogares del periodo 2004-2009, caracterizado por el crecimiento macroeconómico y la disminución de la pobreza monetaria.

El objetivo de esta investigación es presentar un panorama general del consumo de alimentos en los hogares peruanos. Quisiéramos responder, entre otras, las siguientes preguntas: ¿existe una relación entre el ingreso del hogar y la demanda de calorías? ¿Qué características del hogar determinan la demanda por nutrientes específicos? ¿Ha variado la estructura de gasto en alimentos en el periodo 2004-2009? ¿Cuáles son los principales cambios o continuidades?

3. Asociada al déficit calórico está la tasa de metabolismo basal (TMB). La TMB representa la cantidad de energía por día que se gasta cuando el individuo se encuentra en completo descanso físico y psicológico. Los requerimientos mínimos de calorías dependen de los valores de la TMB. Un consumo de calorías menor al requerimiento mínimo obliga al organismo al consumo de las reservas de energía, y cuando dichas reservas se agotan, se produce un desgaste de los tejidos del cuerpo (Latham 1997).

Marco teórico y revisión de la literatura

La demanda de calorías y la economía

La economía ha estudiado el tema de la demanda por calorías desde el trabajo seminal de Stigler (1945). En ese estudio, el autor intenta encontrar el costo mínimo de una canasta de alimentos, que cubra los requerimientos necesarios para el funcionamiento del cuerpo humano. Implícita en este enfoque estaba la idea de que el problema de la consecución de las calorías necesarias era básicamente de falta de recursos. Por lo tanto, es útil encontrar el modo de minimizar los recursos necesarios para alcanzar el nivel mínimo necesario de estas. Luego, el aumento de los recursos en el hogar causaría directamente la satisfacción de las necesidades alimentarias y, por tanto, de los requerimientos calóricos también.

No obstante, Sukhatme (1974) planteó que no se trata solo de un problema de escasez de recursos, sino de la manera en que dichos recursos se usan. Es decir, de qué modo se combinan las distintas fuentes de alimentos. Sus resultados mostraron que en la población de la India el problema más importante no era el déficit de proteínas en la dieta, sino que los alimentos que se ingerían no aportaban la cantidad de energía necesaria para que el organismo aproveche las proteínas disponibles en los alimentos consumidos. Luego, el aumento de los ingresos no necesariamente garantiza una mejor alimentación.

Los resultados del trabajo de Sukhatme plantearon un desafío a la visión convencional que se tenía en esa época sobre cómo el aumento de los ingresos induce directamente a una mejor alimentación y, por lo tanto, a un consumo adecuado de calorías. Desde ahí, la economía ha concentrado su atención en cuantificar qué tan fuerte es la relación entre la variación en los niveles de ingreso y las variaciones en la demanda de calorías.⁴

Existen opiniones divididas en cuanto a la magnitud de dicha relación. Por un lado están los autores que opinan que el consumo de calorías prácticamente no responde ante cambios en el ingreso (Behrman y Deolalikar 1987), mientras que otro grupo argumenta lo contrario (Ravallion [1990] y Deaton y Subramanian [1996], entre otros).

4. La otra corriente de investigación estudia la relación entre las calorías consumidas y la productividad en el trabajo, teoría relacionada con la hipótesis de los salarios de eficiencia (Stiglitz 1976), y que puede ser utilizada para explicar las diferencias en salarios en algunas partes del mundo (Dasgupta 1993). Para el caso peruano, el trabajo de Gallegos y Lavado (2005) se ocupa de esta cuestión.

Por otro lado, es importante mencionar que, en la actualidad, el creciente proceso de urbanización y la naturaleza sedentaria de muchas ocupaciones —principalmente en el ámbito urbano— han tendido a generar una disminución en los niveles de actividad física. Esto implica un menor consumo de calorías. Al mismo tiempo (y principalmente en áreas urbanas), existe una tendencia creciente a consumir alimentos ricos en carbohidratos, grasas y azúcar. Este tipo de alimentos, si bien aportan energía suficiente, presentan menores contenidos de vitaminas, minerales y otros nutrientes. Bhargava (2008) menciona que esta práctica está llevando a una situación creciente de obesidad, asociada a enfermedades crónicas como hipertensión, colesterol, problemas cardiovasculares y diabetes.

Como menciona Bhargava (1991), el estudio de la demanda de calorías y nutrientes es tangencial a varias disciplinas, pues intervienen los requerimientos físicos y biológicos del cuerpo, la cantidad de dinero disponible para gastar en alimentación y patrones culturales de alimentación. En este estudio, tomamos como marco general a la teoría microeconómica. Por otro lado, conceptos básicos de nutrición servirán como marco de referencia para el análisis realizado.

Para empezar, debemos notar que todos los alimentos nos brindan energía y a la vez todos los insumos químicos que requiere el cuerpo humano, aunque en proporciones muy distintas dependiendo del tipo de alimento. Los componentes básicos del cuerpo humano son: agua, proteína, grasas, sales minerales y carbohidratos. Los valores promedio de dichos componentes en nuestro cuerpo tienen la siguiente distribución: agua 61,6%, proteínas 17%, grasas 13,8%, minerales 6,1% y carbohidratos 1,5% (Lathman 1997, Muñoz 1990).

Cada uno de los componentes antes mencionados, además de la fibra, tienen funciones bien definidas que cumplir con la finalidad del desarrollo normal del cuerpo humano. Muñoz (1990) clasifica dichas funciones en tres tipos:

1. **Mantenimiento.** Consiste en la reposición de tejidos naturalmente envejecidos y la energía naturalmente consumida. Implica procesos de retención y síntesis para conservar la masa corporal.
2. **Reproducción y crecimiento o formación de nuevas estructuras.** Involucra procesos de retención y síntesis con aumento de la masa corporal.
3. **Reparación de tejidos o reposición de estructuras dañadas por causas externas** tales como heridas, quemaduras, formación de estructuras óseas, entre otras. Incluye la producción de materiales de desecho que deben ser eliminados.

Ya que cada componente tiene una función específica que cumplir, es importante que los alimentos ingeridos proporcionen cantidades adecuadas de ellos.

Por lo tanto, no solo debe centrarse la investigación y el análisis en las calorías consumidas, sino también en el tipo de alimentos que proveen dichas calorías.

Además de una dieta balanceada que cubra los requerimientos calóricos y de nutrientes que permitan el funcionamiento normal del cuerpo humano, ciertos periodos en el ciclo de vida requieren un particular consumo de nutrientes en la dieta (Lathman 1997). Por lo tanto, es necesario introducir la composición del hogar como un determinante de la demanda por nutrientes y calorías. Por ejemplo, los niños en el primer año de vida y durante la etapa preescolar requieren alimentos que sean ricos en proteínas y energía, como la leche, para que faciliten el crecimiento. En la etapa escolar, también hay un mayor requerimiento de nutrientes respecto de la edad adulta.⁵

Por el lado de la economía, usaremos un enfoque de demanda y no uno de función de producción del estado nutricional, siguiendo las recomendaciones de Bhargava (1991, 1992, 1994, 2009). La demanda de calorías y de nutrientes puede verse como un problema de elección de una canasta de alimentos óptima dados los precios relativos, las preferencias de consumo del hogar⁶ y los ingresos. Otra posibilidad es plantearla como un problema de minimización del gasto necesario para acceder a una canasta de alimentos que permita conseguir un nivel de satisfacción o utilidad, con el que están cubiertos los requerimientos calóricos.

No obstante, existen varias maneras en las que un hogar puede llegar a consumir las calorías que aseguren su normal reproducción.⁷ Estas dependen de las diferentes combinaciones de alimentos consumidos. Sin embargo, el hogar no elige directamente la cantidad de calorías ni de nutrientes que desea consumir, sino una canasta de bienes alimenticios. La elección de la combinación de alimentos estará determinada por el ingreso destinado al consumo de alimentos (restricción presupuestaria) y por la función de utilidad (hábitos y preferencias alimenticias).

Debe notarse que cada canasta de alimentos proporciona una determinada cantidad de calorías y nutrientes. Pero el hogar probablemente no tiene

-
5. Otro ejemplo es el de las mujeres en edad reproductiva y embarazadas. Ellas están más expuestas a contraer anemia, entre otras razones debido a la menstruación regular y a la pérdida de sangre durante el parto. Del mismo modo, las madres lactantes requieren un mayor consumo de nutrientes para recuperar los que pierden en el proceso de producción de la leche materna. Una inapropiada nutrición de la madre se traduce en una leche materna deficiente, que no logra cubrir las necesidades del lactante.
 6. Aquí se asume que el hogar puede ser visto como una sola unidad de decisión.
 7. Debe notarse que existe toda una discusión sobre cuál es el nivel mínimo de calorías requeridas. Dicha discusión va más allá de los objetivos de esta investigación.

información suficiente o exacta sobre tal combinación. Entonces, si las preferencias de consumo están definidas sobre la combinación específica de alimentos —pero no sobre su contenido nutricional—, es posible que la elección de la canasta de alimentos pueda resultar subóptima desde el punto de vista nutricional.

La nutrición del ser humano está directamente relacionada con la ingesta de alimentos y el consumo de calorías que de ellos se deriva. No cubrir las necesidades alimenticias básicas⁸ causaría el deterioro continuo⁹ de su salud y condición física. Es más, en el caso de los niños de hasta cinco años, el déficit de calorías y de nutrientes puede resultar determinante en su desarrollo para el resto de la vida (Lathman 1997). Y aun cuando algunas de las deficiencias nutricionales pueden ser compensadas (en cierta medida) en periodos posteriores del crecimiento, esto implica una cantidad mucho mayor de recursos (Heckman 2007).

El estudio del vínculo entre la demanda de calorías y nutrientes, y la variación del ingreso es importante, pues si dicha relación es débil o nula, entonces, como mencionan Deaton y Subramanian (1996), se produciría una suerte de “quiebre o ruptura” en la forma en la que los economistas ven el desarrollo, ya que las políticas que favorecen el crecimiento no implicarían la disminución del hambre y la desnutrición en la población más pobre.¹⁰

En el caso peruano, el énfasis de los estudios realizados ha sido puesto en los niveles de desnutrición de los niños, así como en la efectividad del gasto público para revertirlos. La relación entre los ingresos y el consumo de alimentos no ha sido abordada directamente. No obstante, los estudios de Cortez (2002a, 2002b) e Iturrios (2002) estudian la relación entre precios y consumo de alimentos como determinantes de la salud, lo que repercute indirectamente en la productividad laboral. Asimismo, el trabajo de Gallegos y Lavado (2005) establece una relación positiva entre las calorías disponibles en el hogar y la productividad laboral.

Datos

La fuente básica de información con la que se trabajará es la Encuesta nacional de hogares (Enaho) para el periodo 2004-2009. Ella recoge información sobre 48

-
8. Esto implica no cubrir el requerimiento de calorías que implica a la TMB de cada individuo (aumentada por el tipo de actividad y otros factores).
 9. El término “continuo” requeriría una discusión más detallada, pues existen posturas que afirman que es posible para el cuerpo humano adaptarse, aunque no inmediatamente, a niveles menores de ingesta de alimentos. Sobre esto puede verse el artículo de Payne (1992) o el de Osmani (1992).
 10. El dilema es similar al que se produce con la falta de asociación entre el crecimiento económico y la reducción de la pobreza monetaria.

grandes grupos (y variedades dentro de estos) de alimentos consumidos dentro del hogar. Esta información se presenta en el módulo de consumo de la encuesta (capítulo 601 de la Enaho). En este módulo se ofrece, para cada variedad de alimento, la cantidad obtenida y la manera en la que fue obtenida (compra u otro modo). Además del módulo de consumo, existe información sobre otros alimentos consumidos por miembros del hogar, obtenidos de diversas fuentes.

Para responder a las preguntas planteadas en la sección anterior es necesario poder estimar para cada alimento su equivalente (aproximado) calórico y nutricional, para lo cual se utilizaron tablas de composición de alimentos.

Descripción de los alimentos y el aporte de calorías potencialmente disponibles a partir del módulo de consumo

En esta sección, nos ocupamos de describir cuáles son los grupos de alimentos que más se consumen, en los que más se gasta y cuál es su aporte de calorías. Los alimentos ingeridos por el ser humano presentan muchos tipos de nutrientes, pero en proporciones muy diferentes. La clasificación que utilizaremos en este trabajo se presenta en la siguiente tabla.

TABLA 1
GRUPOS ALIMENTICIOS

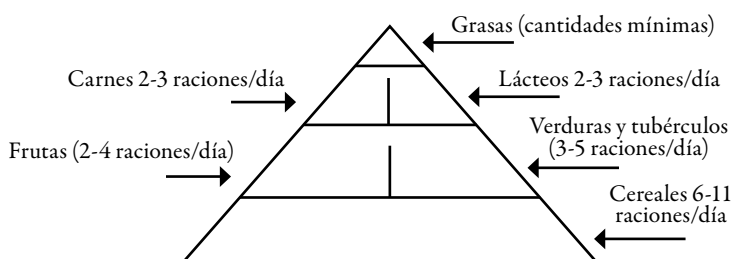
Grupo 1: Leche y derivados (proteínas y calcio)
Grupo 2: Carne, pescado y huevos (proteínas)
Grupo 3: Tubérculos, legumbres y frutos secos (proteínas e hidratos de carbono)
Grupo 4: Verduras y hortalizas (micronutrientes e hidratos de carbono)
Grupo 5: Frutas (micronutrientes e hidratos de carbono)
Grupo 6: Cereales (hidratos de carbono)
Grupo 7: Grasas: aceites, mantequilla... (grasas)
Grupo 8: Alimentos preparados comprados, bebidas

Fuente: Cuaderno de grupos alimenticios. Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha.

En la tabla anterior, el grupo 8 considera una variedad amplia de alimentos que el hogar consume, pero que se han adquirido ya preparados. Dichos alimentos contienen elementos de otros grupos alimenticios, pero por el hecho de estar ya preparados no se pueden clasificar exclusivamente dentro de las anteriores siete categorías.

Por otro lado, hay consenso respecto a que todos los grupos alimenticios deben estar presentes en la dieta diaria (Lathman 1997), pero en proporciones diferentes. La manera más conocida de combinar los alimentos, y sus proporciones en la dieta, se ve reflejada en la pirámide alimentaria, de la cual existen varias versiones. A continuación presentamos la pirámide alimentaria clásica.

GRÁFICO 1
PIRÁMIDE ALIMENTARIA CLÁSICA



Fuente: Véase <http://www.alertanutricional.org/piramide.htm>.

Los datos de la Enaho solo indican qué alimentos fueron obtenidos por el hogar, ya sea porque fueron comprados o porque se consiguieron por otros medios (autosuministro o donación), en un periodo de referencia de 15 días. Por lo tanto, si bien no podemos conocer con exactitud cómo fueron consumidos y quiénes los consumieron, tenemos una buena aproximación al tipo de alimentos que el hogar eventualmente consumirá y a su composición nutricional. En adelante, nos referiremos a los alimentos que han sido adquiridos o conseguidos por el hogar como consumidos, asumiendo que eventualmente todos los alimentos son efectivamente consumidos por sus miembros.

Por otro lado, hay que notar que, en lo que sigue, los estimados del volumen físico, calorías y montos serán además deflactados por una escala de equivalencia que asigna a los miembros menores un menor peso respecto de los adultos.¹¹ Para nosotros basta decir que no conocemos de qué manera los bienes a los que accede

11. Para el tema de las escalas de equivalencia son excelentes referencias los trabajos de Deaton y Muellbauer (1986), Deaton et ál. (1989) y Deaton (1997), entre otros.

un hogar son distribuidos entre sus miembros. Así, los estimados divididos por el número de miembros asumirían implícitamente que cada uno de los miembros recibe la misma cantidad de cada bien, lo que no es necesariamente cierto.¹² De manera que el uso de escalas de equivalencia nos permite tener una aproximación más cuidadosa al consumo de alimentos en los hogares peruanos.

Principales características del consumo de alimentos en el periodo 2004-2009

A continuación se presenta algunas de las principales características del consumo de alimentos. Hacemos diferencia de acuerdo a si los alimentos han sido comprados u obtenidos de otra manera. Asimismo, dividimos las comparaciones por ámbitos: rural, resto urbano y Lima Metropolitana, y por condición de pobreza. Si bien el periodo de referencia de alimentos obtenidos es de 15 días en la encuesta, los estimados presentados son anualizados.

Por otro lado, dado que los contenidos calóricos y nutricionales de los diferentes alimentos no son iguales, no podemos sumar directamente las cantidades consumidas. Así, para observar las variaciones en los volúmenes consumidos decidimos ponderar por contenido calórico.¹³ Una vez hecha esta ponderación podemos empezar a comparar las cantidades, el gasto y el contenido calórico de las diferentes variedades de alimentos contenidos en cada uno de los ocho grupos antes mencionados. Los ejercicios de comparación son sencillos, y consistieron en pruebas t de diferencia de medias, en las que se buscó identificar si los estimados obtenidos para 2009 son o no estadísticamente significativos respecto de los promedios del año 2004. Debemos mencionar que las comparaciones realizadas toman en cuenta las escalas de equivalencia del hogar.

-
12. Después de realizar varias simulaciones con diferentes métodos, se decidió usar escalas de equivalencia que imponen un valor de economías de escala de 0,1, con un costo relativo de los niños de 0,75 adultos en el área urbana y de 0,6 adultos para el área rural, pues presentaba resultados más razonables para hogares con muchos miembros.
 13. El procedimiento fue el siguiente: para cada grupo de alimentos se obtiene un promedio de calorías; luego cada ítem dentro del mismo grupo se repondera en relación con este promedio de calorías. Así, por ejemplo, si el promedio de calorías en un grupo alimenticio dado fuera 500, un kilogramo de un alimento que otorga 250 calorías pasaría a representar solo 0,5 kg, mientras que uno que aporte 1000 calorías pasaría a representar 2 kg dentro del mismo grupo. Dado que esta ponderación se hace para cada grupo, no se presenta un estimado del volumen total de todos los grupos alimenticios.

Cambios en las cantidades de alimentos obtenidas

En el caso de las comparaciones entre ámbitos, se han producido cambios (estadísticamente) significativos entre casi todas las cantidades ponderadas por contenido calórico estimadas, salvo en el caso del grupo 1 (leche y derivados) y 4 (verduras y hortalizas) del ámbito rural. Así, en cuanto a cantidades, se aprecia una disminución en el promedio de cantidades estimadas en la mayoría de los grupos. Esta figura es más clara y más pronunciada en el caso del ámbito rural, y se registra con mayor claridad en las cantidades totales de alimentos. No obstante, respecto a las cantidades obtenidas mediante compra, se percibe un incremento de los volúmenes comprados para todos los grupos en el caso de Lima Metropolitana y de los grupos 1 y 2 en el resto urbano.

El corte por condición de pobreza (en el caso de las cantidades totales consumidas) muestra que los pobres extremos y pobres no extremos presentan una disminución general de los volúmenes consumidos. En el caso de los hogares no pobres, solo se registra un incremento de cantidades consumidas para los grupos de alimentos 1, 2 y 8.

Cambios en el gasto de alimentos obtenidos¹⁴

En el caso del gasto realizado en alimentos, solo tomamos en cuenta aquel que se deriva de los alimentos dentro del módulo de consumo de la encuesta.

En términos generales, se percibe un aumento (estadísticamente significativo) del gasto total (monetario y no monetario) y del correspondiente exclusivamente a las compras (solo monetario) entre 2004 y 2009.

Por otro lado, los niveles de gasto real total registrados en el módulo de consumo de alimentos no son tan disímiles como se esperaría entre los diferentes ámbitos geográficos. Sin embargo, la figura cambia radicalmente cuando observamos los promedios estimados de los montos efectivamente comprados. En este caso, sí se perciben diferencias sustanciales en los niveles de gasto de los diferentes ámbitos, siendo el rural el más rezagado. Pero, aun así, encontramos, para todos los grupos de alimentos, incrementos de los estimados de gasto para el año 2009.

Los mayores incrementos en el monto total, por cada grupo de alimentos, se dan en Lima Metropolitana. Tanto en el resto urbano como en Lima

14. En el caso de los alimentos obtenidos por una vía diferente a la compra, se toma como referencia el monto de valorización imputado en el módulo de consumo.

Metropolitana, el gasto que más aumentó para 2009 corresponde al grupo 8 (alimentos preparados y bebidas). Esta misma figura se da en el caso del gasto monetario (solo alimentos comprados). Incluso en el ámbito rural se registra un incremento del monto comprado de alimentos correspondientes al grupo 8.

Asimismo, se observa que la importancia del monto comprado respecto del total ha aumentado para el año 2009. Sin embargo, en relación con su importancia, para el ámbito rural, la compra sigue estando muy por detrás de lo que se registra para el resto urbano. En el caso de Lima Metropolitana, el monto comprado representa casi el 100% del gasto total, en el resto urbano alrededor de 88% y solo algo más del 50% en el ámbito rural.

Por otro lado, la composición del monto total gastado en alimentos por grupo no presenta composiciones cualitativamente diferentes para los periodos comparados. En ambos años, los grupos 6 (cereales) y 2 (carnes y huevos) concentran —entre ambos— más del 50% del monto total.

Cuando comparamos los gastos por condición de pobreza, sí encontramos grandes diferencias en los niveles de gastos. El estimado del gasto total para los no pobres llega a ser casi el triple del registrado para los pobres extremos y casi el doble del que se tiene para los pobres no extremos. Además, para los pobres extremos los alimentos conseguidos por vías diferentes a la compra representan alrededor del 50% del total del gasto en alimentos; mientras que en el caso de los hogares pobres no extremos este porcentaje asciende a 65% y a alrededor de 86% para los no pobres.

Los estimados del monto total gastado indican que los pobres extremos solo han aumentado sus niveles de gasto para los grupos 3 y 4. En cambio, su gasto en alimentos preparados (grupo 8) ha disminuido. Por otro lado, los pobres no extremos registran aumentos en los estimados promedios para la mayoría de grupos (con excepción de los grupos 6 y 8), en tanto que los no pobres consignan aumentos del monto total en todos los grupos alimenticios para 2009.

En lo referido a la proporción del gasto mediante compra, en términos generales, se observa un ligero incremento, independientemente de la condición de pobreza. No obstante, la obtención de alimentos por vías diferentes de la compra es mucho más importante para los pobres, especialmente para los pobres extremos. La composición por grupo alimenticio del monto total por condición de pobreza muestra que los grupos alimenticios más importantes (en cuanto a concentración de gasto) son los grupos 6 y 2, al igual que en el corte por ámbito.

Resumiendo, respecto de los niveles de gasto, las diferencias se dan por la condición de pobreza, pero no por el ámbito de localización. Asimismo, no se perciben diferencias importantes por ámbito en la composición de este gasto; pero sí

se dan cuando se distingue por condición de pobreza. Los pobres concentran más su gasto en alimentos ricos en carbohidratos (que son los más ricos en calorías), mientras que los no pobres lo concentran más en alimentos fuente de proteínas.

Cambios en el contenido calórico de los alimentos

Pasando a revisar el contenido calórico de los alimentos, el estimado de las calorías totales potencialmente disponibles indica una caída para 2009 en las áreas rurales y el resto urbano, siendo más notoria en el ámbito rural. En el caso de Lima Metropolitana, se registra, en cambio, un ligero incremento para 2009.

Los estimados por grupos alimenticios de las calorías totales muestran una disminución para todos los grupos de alimentos en el ámbito rural, sobre todo en el grupo 8. Para el resto urbano, la figura es similar; no obstante, el grupo 8 registra un aumento en el promedio de calorías aportadas. Por el contrario, en Lima Metropolitana se percibe un aumento en todos los grupos, sobre todo en los grupos 8, 1 y 2, en ese orden. La situación que presentan los estimados de las calorías compradas es similar. Por otro lado, las calorías compradas representan menos de la mitad de las calorías totales en el ámbito rural y cerca del 90% en el resto urbano. En Lima, estas son prácticamente el 100% de las totales.

La composición de las calorías totales por grupo alimenticio indica que el grupo 6 (cereales y sus derivados) constituye la principal fuente de calorías en los tres ámbitos, concentrando cerca del 50% de ellas. El segundo lugar en importancia corresponde al grupo 3 (tubérculos, legumbres y frutos secos), que representa un promedio de 20% de las calorías totales para el ámbito rural y 11% para los ámbitos urbanos. Los aportes de los demás grupos alimenticios son relativamente parejos.

Por otro lado, el corte por condición de pobreza muestra una importante disminución en las calorías consumidas por los pobres extremos y un ligero descenso para los pobres no extremos y no pobres. Estos resultados, combinados con el ligero incremento registrado en Lima Metropolitana, indican que solo una parte de los no pobres de Lima Metropolitana habría incrementado su consumo de calorías.

Debe notarse que no estamos tomando en cuenta el gasto en alimentos fuera del hogar que se registra en otros módulos de la encuesta. De modo que la caída que se evidencia a partir del módulo de consumo podría ser compensada con un aumento de las calorías adquiridas u obtenidas fuera del hogar y no registradas en este módulo. Lamentablemente, no es posible conocer con exactitud a cuánto ascienden estas, pues no es posible conocer la composición de dichos alimentos.

Los pobres extremos presentan una disminución del promedio de calorías totales para la mayoría de grupos de alimentos para 2009 respecto de los estimados de 2004. Sucede lo mismo con los pobres no extremos. En cambio, los no pobres exhiben un aumento ligero de los promedios para 2009 en los grupos 1, 2 y 8, y una disminución en los demás. Ocurre lo mismo con las calorías compradas.

En cuanto a la importancia de las calorías compradas, nuevamente contrastan los bajos porcentajes que estas representan para los pobres extremos en comparación con los pobres no extremos y sobre todo con los no pobres. Por el lado de la composición de las calorías totales, nuevamente es el grupo 6 el que concentra más del 50% de las calorías totales, seguido por el grupo 3, aunque la importancia de este último como fuente de calorías es mayor para los pobres extremos que para los pobres no extremos, y mayor aún respecto de los no pobres.

Una aproximación al balance del consumo de alimentos

Hasta ahora nos hemos limitado a describir y comparar la situación de las calorías consumidas y el aporte de cada grupo de alimentos. Ahora, utilizando como referencia la pirámide alimentaria presentada en la sección anterior, veremos qué tan balanceada ha sido la ingesta de alimentos. Como aproximación empírica, comparamos el promedio de calorías que aporta cada grupo de alimentos consumidos con la proporción de consumo de alimentos de cada grupo que se desprende de la pirámide alimentaria.

De acuerdo con la pirámide alimentaria: (i) el grupo 6 (cereales) debería aportar alrededor del 40% de las calorías y nutrientes, (ii) los grupos 3 (tubérculos, frutos secos y legumbres) y 4 (verduras y hortalizas) deberían aportar conjuntamente alrededor de un 20% de las calorías y nutrientes totales, (iii) el grupo 5 (frutas) debería representar un 15% aproximadamente y (iv) los grupos 1 (lácteos) y 2 (carne, pescado y huevos) entre 12% y 13% cada uno.

Debemos tomar en cuenta que cada grupo de alimentos aporta calorías y nutrientes específicos en diferentes proporciones. Así, los alimentos dentro del grupo 6 (cereales) son los más ricos en hidratos de carbono, por tanto serán la principal fuente de calorías, seguidos por los tubérculos, verduras y frutas, que también aportan calorías, pero en una menor proporción. A la luz de las proporciones que se desprenden de la pirámide alimentaria, comentaremos los resultados de la composición de calorías por ámbito (rural, resto urbano y Lima Metropolitana) y condición de pobreza.

Ahora bien, debemos tener en cuenta que los alimentos no se consumen tal cual son comprados, sino que son procesados dentro del hogar, y ello puede alterar su composición. Sería imposible conocer con certeza cuál resulta ser la composición final de los alimentos preparados dentro del hogar; por ello nos basamos solo en la composición de las calorías que los alimentos aportan antes de su preparación.

Cuando repasamos las diferencias entre los ámbitos rural, urbano y Lima Metropolitana, encontramos que, en los tres, hay un consumo inferior al ideal de lácteos y derivados (grupo 1), pues las partes de la pirámide alimentaria le asignan alrededor de 12% de la composición de los alimentos, y el consumo en los diferentes ámbitos está entre 4% y 6% (a partir de la composición de calorías), lo que implica que se estaría consumiendo solo la mitad de lo requerido.

Asimismo, encontramos un subconsumo de carnes y huevos (grupo 3) en el área rural, que es alrededor de la mitad del que se deriva de la pirámide alimentaria, mientras que es muy cercano al adecuado (13%) en el resto urbano y en Lima Metropolitana.

El consumo de los alimentos de los grupos 3 y 4 (tubérculos y legumbres, verduras y hortalizas) es ligeramente superior al adecuado (que está alrededor del 20% entre ambos grupos) en el ámbito rural y es inferior en las áreas urbanas.

El consumo de frutas que se deriva de las proporciones de la pirámide alimentaria está alrededor de 15% de la ingesta. Sin embargo, el consumo que se registra para todos los ámbitos no alcanza ni siquiera a la mitad de la proporción ideal. El consumo de alimentos del grupo 6 (ricos en carbohidratos) es excesivo, pues casi alcanza el 50% de las calorías en los diferentes ámbitos, cuando se esperaría que su consumo bordee el 40%.

En el caso de la condición de pobreza, encontramos un bajo consumo de lácteos y derivados (grupo 1), independientemente de la condición de pobreza, lo que es preocupante, pues este grupo representa apenas de 3% a 5% del aporte de calorías, respecto del 12% que se desprende de la pirámide alimentaria. Por otro lado, se observa un consumo bajo de carnes y huevos (grupo 2), sobre todo en el caso de los pobres extremos.

Respecto de los grupos 3 y 4 (tubérculos y legumbres, verduras y hortalizas), observamos un sobreconsumo en los pobres extremos, un consumo adecuado en los pobres no extremos y ligeramente bajo para los no pobres. El consumo de frutas es nuevamente muy bajo independientemente de la condición de pobreza, mientras que el consumo de cereales y harinas (grupo 6) es elevado.

Los alimentos dentro del grupo 7 (grasas y aceites) representan en términos generales un promedio de 7% de calorías. Sin embargo, es importante notar que

los alimentos que componen este grupo básicamente son adquiridos para complementar sabores y para realizar la preparación de otros alimentos, razón por la que no nos hemos ocupado de ellos.

En el caso del grupo 8, alimentos preparados comprados y bebidas (alcohólicas y no alcohólicas) representan menos del 7% de las calorías totales. Los alimentos dentro de este grupo son variados, y bien podrían —en algunos casos— estar incluidos en algunos de los grupos anteriormente reseñados. Sin embargo, se mantienen aparte, dado que son alimentos que se compran ya procesados fuera del hogar. Los ítems que predominan dentro de este grupo son principalmente: pollo a la brasa, parrillada, chifa, tamales, chicharrón, salchipapas, anticuchos y hamburguesas. Varios de estos ítems podrían estar dentro del concepto de comida rápida o al paso, caracterizados por alto contenido de grasas y carbohidratos, con lo que la importancia de los cereales (principal fuente de carbohidratos) y las grasas al aporte de calorías se incrementaría.

Para terminar, debemos mencionar que son los cereales y harinas (grupo 6) los alimentos que mayor aporte de energía (calorías) otorgan, en todos los ámbitos, e independientemente de la condición de pobreza. Asimismo, en el caso del ámbito rural y para los hogares pobres extremos y no extremos, este mismo grupo de alimentos (cereales y derivados) se constituye como el mayor aportante de proteínas.

Algunos alcances sobre los alimentos fuera del módulo de consumo

Como se mencionó anteriormente, además del módulo de consumo, otras partes de la encuesta de hogares recogen información sobre alimentos recibidos de programas u organizaciones sociales, así como de los gastos por alimentos declarados en el módulo de empleo, pero no podemos conocer su composición en cuanto a calorías. Para aproximarnos a la importancia de estos gastos y consumo, calculamos las calorías promedio (ponderando por gasto) que puede adquirir un hogar con un nuevo sol, y multiplicamos este valor por el número de soles que se gastó fuera del hogar. Este procedimiento nos permite tener un estimado del aporte calórico de un nuevo sol para cada hogar.

Algunos cálculos sencillos indican que el promedio de las calorías adquiridas fuera del hogar ha aumentado entre 2004 y 2009. No obstante, su importancia respecto del promedio calórico sería bastante baja. Por otro lado, son mayores los estimados de calorías que se obtienen para Lima Metropolitana y el resto urbano

en relación con los estimados para el área rural, y son mucho más importantes para los no pobres que para los pobres.

Hay que resaltar que los cálculos para las calorías obtenidas fuera del hogar no son suficientes para compensar la caída de las calorías obtenidas que se registró en la sección anterior (calorías dentro del módulo de alimentos de la encuesta), especialmente en el caso del ámbito rural y de los pobres extremos. Por lo tanto, podemos afirmar que ha habido una caída de las calorías disponibles para el año 2009, excepto para los hogares de Lima Metropolitana.

La relación entre los ingresos y la demanda por calorías

Luego de describir las principales tendencias en el consumo de alimentos, en esta sección cambiaremos el enfoque descriptivo por uno más explicativo. La sección descriptiva anterior da cuenta de un desbalance en la ingesta de alimentos en el Perú, con un exceso de carbohidratos y carencias en el consumo de lácteos y derivados, carnes y huevos, y frutas.

En la primera parte de esta sección, buscaremos establecer la relación entre los precios y el consumo de cada grupo alimenticio, estimando un sistema completo de demanda. Esto permitirá establecer las relaciones de complementariedad o sustitución entre los diferentes grupos alimenticios. Sobre la base de dichas relaciones y las elasticidades encontradas, será posible comprender mejor o tratar de explicar el desbalance encontrado en la sección anterior. En la segunda parte, pasaremos a estimar directamente la demanda por calorías y nutrientes específicos, de modo que podamos conocer los factores asociados a su demanda.

Un sistema de demanda completo para los grupos alimenticios

Un sistema de demandas completo es un conjunto de regresiones interrelacionadas que son teóricamente compatibles con una función de utilidad y cumplen con los supuestos de la maximización de la utilidad del consumidor. Existen varios sistemas de demanda completos; el más popular de ellos es el sistema AIDS, propuesto por Deaton y Muelbauer (1980). El sistema que estimamos en este trabajo se basa en la generalización propuesta por Banks, Blundell y Lewbel (1997). Dicha generalización incorpora un término cuadrático en el logaritmo del ingreso. Los detalles se pueden encontrar en Banks et ál. (1997). Cada ecuación del sistema tiene la siguiente forma:

$$w_i = \alpha_i + \sum_{j=1}^8 \gamma_j \ln(p_j) + \beta_i \ln\left\{\frac{x}{P(p)}\right\} + \frac{\lambda_i}{b(P)} \left[\ln\left\{\frac{x}{P(p)}\right\} \right]^2$$

Donde w_i es la proporción del gasto dedicado al grupo i dentro del total del gasto en alimentos del módulo de consumo, x es el gasto total proveniente del módulo de consumo y $b(p)$ y $P(p)$ son índices de precios.

El tratamiento que se ha hecho con los precios es el siguiente: (i) para cada variedad dentro de cada grupo de alimentos se determina el valor unitario, que viene dado por el ratio entre el monto total gastado y la cantidad total consumida; (ii) luego se determina el valor unitario mediano a nivel de gran dominio (costa, sierra y selva [urbano y rural] y Lima Metropolitana) y (iii) finalmente se ponderan (por el gasto total) los precios obtenidos por gran dominio dentro de cada grupo alimenticio para cada hogar.

La estimación se realizó por máxima verosimilitud, en dos pasos. En el primero, se estima un sistema sin incorporar el índice de precios. A partir de estos resultados, se estima el índice $P(p)$ y se vuelve a estimar el sistema. Los resultados están corregidos por heterocedasticidad, pero no se han corregido potenciales problemas de censura o truncamiento en los datos. Los precios, dado el tratamiento que se les ha dado, se asumen exógenos.

Los resultados de la estimación del sistema de demanda completo para 2004 y 2009 mostraron que los estimados del sistema en ambos periodos son muy similares. Hay pocos cambios estadísticamente significativos que impliquen un cambio en el signo.

A partir de los resultados de estas estimaciones, se derivan las elasticidades del sistema de demanda, para cada uno de los grupos alimenticios. El sistema estimado permite que las elasticidades varíen de acuerdo con el tramo de gastos en el módulo de alimentos. Así, un bien puede ser necesario, lujo o inferior de acuerdo con el tramo del gasto en el que sea evaluado.

Las elasticidades obtenidas se calculan a partir de las fórmulas propuestas por Banks et ál. (1997). Así, las elasticidades derivadas del sistema y evaluadas en la media se muestran en la tabla 2.

Comparando los resultados de ambos años, podemos ver que se han producido algunos cambios, sobre todo en la magnitud de los efectos. Por otro lado, observamos que —evaluando en la media de los gastos en alimentos— los diferentes grupos alimenticios o bien son lujos o bien inferiores. Asimismo, encontramos que las diferentes demandas son bastante elásticas en general.

TABLA 2
ELASTICIDADES DERIVADAS DEL SISTEMA DE DEMANDA DEL MÓDULO DE CONSUMO
(COEFICIENTES SIGNIFICATIVOS EN NEGRITA, $p < 0,05$)

2004								
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	Grupo 7	Grupo 8
Elasticidad "gasto alimentos"	0,75	-1,45	-1,37	-0,95	7,82	2,20	-1,03	9,80
Elasticidad cruzada								
Grupo 1	-1,28	0,04	0,05	0,01	0,12	0,17	-0,03	-0,01
Grupo 2	-0,07	-2,04	-0,50	-0,40	0,78	1,11	-0,31	1,15
Grupo 3	-0,03	-1,03	-1,67	-0,32	1,03	0,80	-0,29	1,19
Grupo 4	-0,04	-0,97	-0,36	-1,51	1,15	0,55	-0,13	0,86
Grupo 5	0,43	2,81	1,71	1,48	-4,01	-1,95	0,90	-4,33
Grupo 6	0,09	0,72	0,25	0,15	-0,33	-1,75	0,13	-0,61
Grupo 7	-0,12	-1,00	-0,44	-0,18	0,84	0,61	-0,92	0,79
Grupo 8	0,42	4,02	1,96	1,33	-3,79	-3,17	0,99	-7,26
2009								
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	Grupo 7	Grupo 8
Elasticidad "gasto alimentos"	1,37	-0,92	-2,12	-0,65	5,77	2,53	-0,10	9,07
Elasticidad cruzada								
Grupo 1	-1,36	0,26	0,17	0,12	-0,06	0,05	0,03	-0,43
Grupo 2	0,03	-1,38	-0,47	-0,21	0,55	0,74	-0,14	0,96
Grupo 3	0,03	-1,10	-2,08	-0,34	1,00	1,44	-0,15	1,93
Grupo 4	0,09	-0,65	-0,45	-1,53	0,89	0,47	0,06	1,03
Grupo 5	0,13	1,77	1,38	0,88	-2,59	-1,94	0,38	-3,66
Grupo 6	0,10	0,54	0,48	0,10	-0,45	-1,92	0,03	-0,74
Grupo 7	0,00	-0,44	-0,18	0,13	0,41	0,11	-1,04	0,62
Grupo 8	-0,05	2,85	2,25	0,91	-2,92	-3,03	0,54	-7,31

Fuente: Enaho.

En el caso de las elasticidades de consumo de cada grupo alimenticio en relación con el gasto, encontramos un aumento en la elasticidad gasto para los lácteos y sus derivados (grupo 1). Dicho estimado puntual pasó de 0,75% a 1,37%, lo que implica que los alimentos de este grupo habrían pasado de ser bienes necesarios a bienes de lujo.

La elasticidad de los alimentos del grupo 2 (carnes, pescado y huevos) ha sido negativa en ambos años, aunque disminuyó su magnitud para 2009. No obstante este cambio, aún siguen siendo bienes inferiores. Esto sorprende, aunque tiene correlato con el bajo consumo relativo encontrado en la sección anterior. La situación es la misma con los alimentos del grupo 4 (verduras y hortalizas), que siguen siendo bienes inferiores, aunque en menor intensidad respecto de 2004. Ocurre algo similar con los tubérculos, legumbres y frutos secos (grupo 3); aunque, de acuerdo con los estimados puntuales, estos alimentos se han vuelto “más inferiores” aún respecto de la situación de 2004.

Las frutas (grupo 5) se comportan como un bien de lujo en ambos periodos; no obstante, el valor de la elasticidad gasto de este tipo de alimentos disminuyó para 2009, pasando de 7,8% a 5,7%. Sin embargo, el valor de dicha elasticidad es bastante alto, lo que muestra lo importante que son los precios para el consumidor a la hora de decidir el consumo de frutas.

El grupo 6 (cereales) muestra un incremento en la elasticidad gasto, pasando de 2,2% a 2,5%. Entonces, los cereales constituyen un bien de lujo para los hogares peruanos, tanto en el año 2004 como en 2009.

El grupo 7 (aceites y grasas) pierde relación con el gasto según los estimados obtenidos para el año 2009. Es decir, la cantidad de alimentos de este grupo no respondería a incrementos en el gasto dedicado a alimentos. Finalmente, el grupo 8 (alimentos preparados comprados y bebidas) disminuyó muy ligeramente el valor de su elasticidad gasto, pasando de 9,8% en 2004 a 9,07% para 2009. Este tipo de alimentos se constituyen como el bien “más lujoso” en términos promedios para los hogares peruanos; además, de acuerdo con los sistemas estimados, son los alimentos cuyo consumo tenderá a aumentar más si los gastos en alimentos siguen creciendo (asumiendo una relación positiva entre los ingresos totales y los gastos en alimentos).

Estos resultados implican importantes cuestiones respecto a los hábitos alimenticios y tendencias que estos seguirían ante incrementos en los ingresos, pues parte del aumento de estos se traspasarán al gasto en alimentos. Como se mencionó, los alimentos del grupo 8 son fácilmente asociables a comida rápida o chatarra, de modo que son claras las implicancias de una elasticidad tan alta sobre el futuro de la ingesta de alimentos. Luego, si los gastos en alimentación se incrementan, se esperarí un incremento proporcionalmente mayor (9% más en

promedio) en el consumo de alimentos del grupo 8. Esto conllevaría a una mayor ingesta de grasas y carbohidratos, con un aumento en los riesgos para la salud asociados a problemas de obesidad y otras enfermedades crónicas relacionadas con malos hábitos de alimentación. Esto se agudiza con una elasticidad de 2,5% para el grupo 6, rico en carbohidratos.

No obstante, también las frutas (con una elasticidad gasto de 5%) presentarían un incremento en su consumo ante aumentos del gasto en alimentos, pero su importancia en el presupuesto familiar es mucho menor a la de los dos grupos antes mencionados.

En cuanto a las elasticidades precio cruzadas, comentaremos los resultados del año 2009, dado que cualitativamente son similares a los de 2004. Las elasticidades cruzadas dan cuenta de las relaciones de sustitución o complementariedad en la demanda de cada grupo alimenticio ante variaciones en los precios de los demás grupos alimenticios.

Los grupos 3 (tubérculos y legumbres), 4 (verduras y hortalizas) y 6 (cereales) se comportan como sustitutos de los lácteos y derivados. Hay que destacar que las frutas aparecieron como sustitutos en 2004, pero aparecen como no relacionados para 2009.

Encontramos también que los grupos 3 (tubérculos y legumbres) y 4 (verduras y hortalizas) se comportan como complementos para el grupo de las carnes, pescados y huevos, mientras que las frutas, los cereales y los alimentos comprados fuera del hogar son sus sustitutos.

El grupo 2 (carne, pescado y huevos) y 4 (verduras y hortalizas) son complementos de los tubérculos y legumbres (grupo 3), mientras que los grupos 1 (lácteos y derivados), 5 (frutas), 6 (cereales) y 8 (alimentos comprados fuera del hogar) se comportan como sustitutos.

Las elasticidades cruzadas indican que los lácteos y derivados, las carnes y huevos, tubérculos y las verduras son sustitutos de los cereales (grupo 6), mientras que las frutas y los alimentos preparados se comportan como complementos.

Finalmente los lácteos, frutas y cereales aparecen como bienes complementarios de los alimentos preparados fuera del hogar, en tanto las carnes, los tubérculos y las verduras y hortalizas se comportan como sustitutos.

Cabe destacar que los efectos más grandes, ya sean de complementariedad o sustitución, corresponden siempre al grupo de alimentos comprados ya preparados. Además, es este grupo el que más sensible se muestra ante variaciones en su precio con una elasticidad precio de -7,3%. Otro grupo que responde fuertemente ante variaciones en su precio son las frutas, con -2,6%.

Factores asociados al consumo de calorías y nutrientes específicos

Dado que la elección de la combinación de alimentos que hacen los hogares se da sobre los alimentos y no sobre su composición nutricional,¹⁵ conviene indagar sobre qué factores están asociados con el consumo de calorías, micro y macronutrientes. En este caso, no podemos estimar un sistema de demanda, pues no conocemos cuál es el gasto específicamente dedicado a cada nutriente, pero sí podemos aproximarnos a los factores que están asociados con el consumo de calorías, micro y macronutrientes mediante demandas individuales.

Para esto realizamos algunas regresiones incorporando como variables independientes: (i) la composición del hogar, (ii) el gasto del hogar deflactado por adultos equivalentes, (iii) los indicadores de que no se consumió ninguna variedad dentro de un grupo alimenticio, (iv) los precios de los principales alimentos y (v) los controles de localización y de condición de pobreza. En todos los ejercicios realizados, la variable dependiente es el total anual consumido de cada nutriente, deflactada por las escalas de equivalencia.

De acuerdo con los ejercicios realizados, la demanda por nutrientes (proteínas, carbohidratos y grasa total) y energía (kilocalorías) indica que un mayor gasto va de la mano con una mayor demanda. Ocurre lo mismo mientras mayor sea la proporción de jóvenes dentro del hogar. La condición de pobreza también marca diferencias en cuanto a la demanda por macronutrientes y energía. Los pobres extremos y no extremos presentan respectivamente un menor consumo que los hogares no pobres. Asimismo, la demanda es menor en el ámbito urbano en relación con la que se tiene para el ámbito rural. Por otro lado, una mayor variedad de alimentos por cada grupo de alimentos consumido favorece también incrementos en la demanda de calorías, proteínas, carbohidratos y grasa total.

En el caso de la demanda por minerales (calcio, fósforo, zinc y hierro), encontramos un impacto positivo y significativo del gasto sobre la demanda de calcio, fósforo y zinc, más no de hierro. Asimismo, mayores proporciones de niños y adolescentes favorecen la demanda por minerales, lo cual es positivo, dados los requerimientos de este tipo de nutrientes durante estas etapas de la vida.

En cambio, hogares con mayores proporciones de adultos mayores consumen menos minerales. Por otro lado, en hogares más grandes la demanda tiende a disminuir. Nuevamente la condición de pobreza influye en la demanda por los

15. Aunque en parte la elección puede estar influenciada por las características nutricionales de cada alimento.

diferentes minerales, siendo los pobres extremos los que consumen un promedio menor de minerales. Asimismo, se aprecia que las áreas urbanas también muestran un consumo menor respecto del área rural. Además, la ausencia de algún grupo alimenticio en el hogar implica una disminución en su consumo.

En el caso de las vitaminas (A, B, C y constituyentes relacionados), los incrementos en el gasto en alimentos y una mayor proporción de niños y adolescentes favorecen la demanda de vitaminas. Por otro lado, en hogares más grandes, la demanda de vitaminas por persona equivalente tiende a disminuir. También encontramos efectos diferenciados en la demanda de acuerdo con la condición de pobreza y de ámbito, siendo los pobres los que las consumen en menor cantidad, en tanto que los hogares en el ámbito urbano presentan un consumo relativo menor de vitaminas en relación con el de los hogares rurales.

Principales hallazgos y reflexiones finales

El objetivo de esta investigación es presentar un panorama general del consumo de alimentos en los hogares peruanos. Sobre la base de lo expuesto en las diferentes secciones del estudio, responderemos las preguntas enunciadas al principio.

¿Existe una relación entre el ingreso del hogar y la demanda de calorías?

Dado que existe una relación directa entre los ingresos y gastos totales, el análisis realizado indica que existe una relación significativa y positiva entre el gasto total del hogar y la demanda por calorías totales. La magnitud de dicha relación no ha variado significativamente entre 2004 y 2009.

Asimismo, encontramos una relación significativa entre los gastos totales y la demanda por proteínas, pero ella ha disminuido en su magnitud para 2009. Por otro lado, la asociación entre el gasto y la demanda por minerales es significativa y positiva en el caso del calcio, fósforo y zinc, y solo ha disminuido en el caso del calcio en relación con los resultados del año 2004. En cambio, respecto del hierro la relación positiva y significativa que se tenía para 2004 ha pasado a ser no significativa para 2009.

En el caso de la demanda por vitaminas, encontramos relaciones significativas y positivas con los gastos totales en el caso de la vitamina B (tiamina, riboflavina y niacina) y de la vitamina C.

¿Qué características del hogar determinan la demanda por nutrientes específicos como las proteínas, calcio, hierro y vitaminas?

Por el lado de las características del hogar y su relación con la demanda de nutrientes, encontramos que mayores proporciones de niños menores de 5 años —en primer lugar— y hasta 14 años favorecen la demanda de proteínas, calcio, hierro, fósforo y zinc. Sucede igual en el caso de las vitaminas. Esto es importante dada la importancia del consumo de estos nutrientes sobre todo en los primeros años de vida, durante la niñez y la adolescencia.

No obstante, debemos remarcar que el tamaño del hogar siempre aparece negativamente relacionado con la demanda por este tipo de nutrientes. Mientras más grande sea el hogar menor será su consumo relativo.

Por otro lado, la condición de pobreza es un determinante claro del consumo de calorías y de nutrientes. Los ejercicios llevados a cabo indicaron que los pobres extremos consumen en promedio una cantidad mucho menor de calorías, minerales y vitaminas que los hogares pobres no extremos; y estos a su vez, mucho menos que los hogares no pobres. Asimismo, de acuerdo con las estimaciones realizadas, los hogares rurales tendrían una mayor demanda por calorías y vitaminas y minerales respecto a los hogares urbanos y de Lima Metropolitana. Finalmente, una mayor variedad en la disponibilidad de alimentos favorece una mayor demanda de nutrientes.

¿Ha variado la estructura de gasto en alimentos en el periodo 2004-2009? ¿Cuáles son los principales cambios/continuidades?

Cualitativamente, la estructura de gastos en alimentos ha sido similar en 2009 en relación con la de 2004. No obstante, se percibe un incremento en la importancia dentro del presupuesto de los alimentos adquiridos fuera del hogar y ya preparados. Los ítems más frecuentes dentro de este grupo alimenticio son “pollo a la brasa”, “hamburguesas” y “salchipapas”, entre otros. Así se percibe una mayor importancia de estos alimentos ricos en grasas y carbohidratos en la dieta, sobre todo en los ámbitos urbanos.

También hay que resaltar que si bien los estimados del gasto en alimentos (recogidos en el módulo de consumo dentro del hogar) han aumentado, la ingesta potencial de calorías ha disminuido. Asimismo, nuestros cálculos sugieren que las calorías adquiridas fuera del hogar han aumentado su importancia en el periodo de estudio; sin embargo, no llegan a compensar la caída detectada en el módulo de consumo.

En adición a la caída en el consumo potencial de calorías, encontramos un desbalance en el consumo de alimentos en el Perú. Hay un excesivo consumo de cereales ricos en carbohidratos (situación que ya existía en 2004). Se observa también carencias en el consumo de frutas, lácteos y carnes y pescado. Muestra de ello es que para un grupo importante de hogares la mayor fuente de proteínas y calcio proviene del consumo de cereales.

El análisis del sistema de demanda completo reveló que grupos de alimentos importantes como las carnes, los tubérculos y las verduras se comportan como bienes inferiores, en tanto los demás grupos se comportan como bienes de lujo. Además, la comida comprada ya preparada resulta tener una elasticidad al gasto en alimentos sumamente alta. Estos resultados no son alentadores. Se deduce de ellos que el desbalance en la alimentación se incrementará dadas dichas elasticidades, puesto que se espera que los ingresos y gastos sigan creciendo. También hay que mencionar que los precios tienen un papel preponderante en la elección final de los alimentos que serán consumidos, como lo revelan los sistemas de demanda estimados.

Teniendo en cuenta los resultados del estudio, es importante seguir profundizando en el tema con la finalidad de diseñar políticas adecuadas para revertir esta tendencia, que ya estaba presente en 2004, y que se ha fortalecido para 2009.

Es necesario promocionar e incentivar un mayor consumo de alimentos preparados dentro del hogar, con menos contenido de grasas y carbohidratos. Asimismo, es necesario fomentar un mayor consumo de frutas y lácteos. Se ha visto que los precios tienen una influencia grande en todas las demandas estimadas, de modo que una primera manera de hacerlo es facilitar información sobre estos y mejorar las vías de comercialización, evitando encarecimientos innecesarios.

Hay —posiblemente— muchas maneras de formular políticas que traten de revertir las tendencias en el consumo que se derivan de este estudio; sin embargo, las más adecuadas para cada ámbito o realidad en el país requieren de investigaciones mucho más específicas que esta.

Debemos reconocer que el estudio es ambicioso, pues abarca diferentes temas, cuando bien cada uno pudo ser abordado por separado con mayor detalle. Como punto de partida, este estudio presenta un panorama amplio, pero aún bastante general, que puede dar a pie a investigaciones más específicas. Particularmente, nos referimos al efecto de los precios sobre el bienestar de los hogares, dado que ha sido posible identificar tres o cuatro alimentos muy importantes dentro del presupuesto familiar: leche evaporada, pan, pollo eviscerado y arroz. Por otro lado, no ha sido posible hacer un análisis más detallado de alimentos cuyo consumo es deseable, como menestras y cereales andinos como quinua kiwicha, entre otros, y del consumo de pescado.

Queda como tarea para futuras investigaciones además vincular directamente el impacto del exceso de consumo de alimentos ricos en grasas y carbohidratos que se ha mostrado aquí con la obesidad y enfermedades crónicas relacionadas con estos desbalances en la dieta.

Referencias bibliográficas

ALDERMAN, H.

- 1996 "Saving and Economic Shocks". *Journal of Development Economics*, vol. 51, n.º 2: 343-365.

ALERTA NUTRICIONAL (portal web)

"Pirámide nutricional peruana". Disponible en: <<http://www.alertanutricional.org/piramide.htm>>.

BANKS, J. R. BLUNDELL y A. LEWBEL

- 1997 "Quadratic Engel Curves and Consumer Demand". *The Review of Economics and Statistics*, vol. 79, n.º 4: 527-539.

BEHRMAN, J. y A. DEOLALIKAR

- 1987 "Will Developing Country Nutrition Improve with Income? A Case of Study for Rural South India". *Journal of Political Economy*, vol 95: 492-507.
- 1989a "Is Variety the Spice of Life? Implications for Calorie Intake". *The Review of Economics and Statistics*, vol. 71: 666-672.
- 1989b "The Intrahousehold Demand for Nutrients in Rural South India". *The Journal of Human Resources*, vol. 25: 665-696.

BHARGAVA, A.

- 1991 "Estimating Short and Long Run Income Elasticities of Foods and Nutrients for Rural South India". *Journal of the Royal Statistical Society*, vol. 154: 157-174.
- 1992 "Malnutrition and the Role of Individual Variation with Evidence from India and the Philippines". *Journal of the Royal Statistical Society*, vol. 155: 221-231.
- 1994 "Modelling the Health of Filipino Children". *Journal of the Royal Statistical Society*, vol. 157: 417-432.
- 2008 *Food, economics, and health*. Oxford: Oxford University Press.

BLUNDELL R. y S. BOND

- 1998 "Initial Conditions and Moment Restrictions in Dynamic Panel Data Models". *Journal of Econometrics*, vol. 87, n.º 1: 115-143.

CLEVELAND, W.

- 1979 "Robust Locally Weighted Regression and Smoothing Scatterplots". *Journal of American Statistical Association*, vol. 74: 829-836.

CORTEZ, R.

- 1997 *Nutrición infantil en el Perú: un análisis empírico basado en la Encuesta nacional de niveles de vida 1994*. Lima: CIUP.
- 2001 *El gasto social y sus efectos en la nutrición infantil*. Lima: CIUP.
- 2002a *La nutrición de los niños en edad preescolar*. Lima: CIES, CIUP.
- 2002b "Salud y productividad en el Perú: nuevas evidencias". En *Salud, equidad y pobreza en el Perú: teoría y nuevas evidencias*. Lima: Universidad del Pacífico.

DASGUPTA, P.

- 1993 *An Inquiry into Well Being and Destitution*. Oxford: Oxford University Press.

DEATON, A.

- 1986 "Demand Analysis". *Handbook of Econometrics*, vol. 3.
- 1988 "Quality, Quantity and Spatial Variations of Price". *American Economic Review*, vol. 78: 418-430.
- 1990 "Price Elasticities from Survey Data". *Journal of Econometrics*, vol. 44: 281-309.
- 1997 *The Analysis of Household Surveys: A Microeconomic Approach to Development Policy*. Baltimore: Banco Mundial, Johns Hopkins University Press.

DEATON, A. y J. MUELLBAUER

- 1980 *Economics and Consumer Behavior*. Cambridge: Cambridge University Press.
- 1986 "On Measuring Child Cost: Whitt Applications to Countries". *Journal of Political Economy*, vol. 94: 720-744.

DEATON, A., J. RUIZ-CASTILLO y D. THOMAS

- 1989 "The Influence of Household Composition on Household Expenditure Patterns: Theory and Spanish Evidence". *Journal of Political Economy*, vol. 97: 179-200.

DEATON, A. y S. SUBRAMANIAN

- 1996 "The Demand for Food and Calories". *Journal of Political Economy*, vol. 104: 133-162.

DEATON, A. y S. Z.

- 2002 *Guidelines for Constructing Consumption Aggregates for Welfare*. Washington: Banco Mundial.

GAJATE, G. y M. INURRITEGUI

- 2002 *El impacto de los programas alimentarios sobre el nivel de nutrición infantil: una aproximación a partir de la metodología del propensity score matching*. Lima: Grade, CIES.

GALLEGOS, J. y P. LAVADO

- 2005 *La demanda por calorías en los hogares peruanos y su impacto en la productividad de los individuos en el mercado laboral*. Lima: CIUP, CIES.

GINGRICH, C. y P. GALLAGHER

- 2002 "Producción de salud y heterocedasticidad en hogares de bajos ingresos en Lima". En *Salud, equidad y pobreza en el Perú: teoría y nuevas evidencias*. Lima: Universidad del Pacífico.

GORMAN, W. M.

- 1967 "Tastes, Habits and Choices". *International Economic Review*, vol. 8: 218-222.

HECKMAN, J.

- 2007 *The economics, technology and neuroscience of human capability formation*. Cambridge: NBER Working Paper 13195.

HERRERA, J.

- 2001 "Food Requirements and Deficits, Peru 1997-2000". INEI-IRD. Disponible en <www.congreso.gob.pe/historico/cip/temas/pobreza/FOOD_REQUIREMENTS_AND_DEFICITS.pdf>.

ITURRIOS, J.

- 2002 "Nutrición y productividad de los agricultores pobres en los Andes". En *Salud equidad y pobreza en el Perú: teoría y nuevas evidencias*. Lima: Universidad del Pacífico.

JOHNSTON, J. y J. DiNARDO

- 1997 *Econometric Methods* (4.ª ed.). Nueva York: McGraw-Hill.

JUNTA DE COMUNIDADES CASTILLA-LA MANCHA

- s. f. "Cuaderno de grupos alimenticios". Disponible en: <www.fepu.es/pdf/grupos.pdf>.

LATHMAN, M.

- 1997 *Human Nutrition in the Developing World*. Roma: FAO.

MUÑOZ, A. M.

- 1990 *Alimentación y nutrición*. Lima: Concytec.

OSMANI, S. R.

- 1992 "On Some Controversies in the Mesurement of Undernutrition". En *Nutrition and Poverty*. Oxford: Clarendon Press, pp. 121-164.

PAXSON, C.

- 1993 "Consumption and Income Seasonality in Thailand". *Journal of Political Economy*, vol. 101, n.º 1.

PAYNE, P.

- 1992 "Assesing Undernutrition: The Need for a Reconceptualization." En *Nutrition and Poverty*. Oxford: Clarendon Press, pp. 49-96.

POI, B.

- 2002 "From the Help Desk: Demand System Estimation". *Stata Journal*, vol. 2, n.º 4: 403-410.

RAVALLION, M.

- 1990 "Income Effects of Undernutrition". *Economic Development and Cultural Change*, vol. 38: 489-515.

SHORROCKS, A.

- 1984 "Inequality Decomposition by Population Subgroups". *Econometrica*, vol. 52: 1369-1388.

SILBERBERG, E.

- 1985 "Nutrition and the Demand for Tastes". *The Journal of Political Economy*, vol. 93: 881-900.

SKOUFIAS, E.

- 2003 *Is the Calorie-Income Elasticity Sensitive to Price Changes? Evidence from Indonesia*. Washington, D. C.: Banco Interamericano de Desarrollo.

STIGLER, G. J.

1945 "The Cost of Subsistence". *Journal of Farm Economics*, vol. 27: 303-314.

STIGLITZ, J.

1976 "The Efficiency Wage Hypothesis, Surplus Labor, and the Distribution of Income in L. C. D". *Oxford Economic Papers*, vol. 28: 185-207.

SUKHATME, P. V.

1974 "The Protein Problem, its Size and Nature". *Journal of Royal Statistical Society*, vol. 137: 166-199.

LA DESIGUALDAD EN LA HIPERTENSIÓN: UNA INVESTIGACIÓN FORMATIVA EN COMUNICACIÓN Y SALUD^{1, 2, 3}

PETER BUSSE

El Perú se encuentra en el proceso de una transición epidemiológica en los últimos años, pues se está dejando de experimentar las enfermedades infecciosas para dar paso a las enfermedades crónicas entre la población (Velásquez 2009). Estas enfermedades causan el 60% de las muertes en América Latina y el Caribe, y una gran parte de ellas son el resultado de enfermedades cardiovasculares (Perel et ál. 2006). Entre los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares está la hipertensión, cuya naturaleza se comprende poco, como se expondrá en las siguientes páginas.

-
1. Quisiera agradecer a los investigadores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia —al Área de Informática en Salud, liderada por el doctor Walter Curioso, y al Centro Crónicas, conducido por el doctor Jaime Miranda— por su apoyo para realizar esta investigación. Asimismo, agradezco a mis colegas del IEP, quienes compartieron sugerencias para fortalecer la investigación descrita en este documento. Especialmente, quisiera darle las gracias a Carmen Yon por sus valiosas observaciones a versiones anteriores de este documento y por su constante aliento durante el proceso de esta investigación.
 2. Este estudio se enmarcó en el contexto de una investigación formativa para contribuir con el diseño de una intervención en comunicación que busca reducir la desigual prevalencia de la hipertensión en el Perú. Luego de que este trabajo fuera terminado, en marzo de 2012, sucedieron cambios importantes en la formulación de políticas que apuntan a una reducción en las principales disparidades en salud que experimentan los peruanos. La instalación de programas de alimentación para los niños escolares más pobres, así como la implementación de programas que promueven estilos de vida saludable, se encuentran alineados con las recomendaciones que se derivan de esta investigación.
 3. Este estudio fue posible gracias al apoyo del IDRC-Canada.

Motivado por el Programa Institucional del Instituto de Estudios Peruanos 2009-2012, que busca responder preguntas como ¿cuáles son las expresiones de la desigualdad, exclusión y racismo en las distintas esferas de la vida del país?, la investigación descrita en este documento aborda un campo inexplorado en el Perú, que se centra en la intersección de los temas de desigualdad, hipertensión y comunicación. Este documento expone el proceso y los hallazgos de una investigación formativa para contribuir con el diseño de una intervención de comunicación que busque reducir las brechas asociadas a la enfermedad de la hipertensión en el Perú. El documento primero presenta un balance sobre cómo se entiende la desigualdad en la hipertensión en el Perú y luego analiza datos extraídos de entrevistas con especialistas en el tema y con médicos y pacientes que viven con hipertensión. Sobre la base de los principales hallazgos, el documento propone recomendaciones para reducir la desigualdad en la hipertensión en el país.

La hipertensión

La hipertensión arterial es una enfermedad que tiene como causa el trabajo anormal del corazón, que late con más fuerza de lo normal, haciendo que la sangre presione las paredes de las arterias. Aunque no presenta síntomas y puede estar en el cuerpo por años, esta enfermedad puede dañar el corazón o los riñones, y entre sus consecuencias más graves están el derrame cerebral o los infartos. La hipertensión se detecta midiendo las presiones sistólica y diastólica. La presión sistólica se refiere a la presión de la sangre cuando el corazón late y bombea sangre; la diastólica se refiere a la presión de la sangre cuando el corazón está en descanso, es decir, entre latido y latido. La presión sanguínea se mide en milímetros de mercurio (mmHg); la presión sistólica normal es de 120 mmHg o menos y la diastólica normal es de 80 mmHg o menos. En los adultos de 18 años o más, el estado de prehipertensión se detecta en los siguientes rangos: sistólica: 120-139 mmHg o diastólica: 80-89 mmHg.⁴ El estado de hipertensión se advierte teniendo en cuenta dos fases, de acuerdo con su severidad. La Fase 1 se detecta en los siguientes rangos: sistólica: 140-159 mmHg o diastólica: 90-99 mmHg. La Fase 2 se detecta en los siguientes rangos: sistólica: 160 mmHg o más o diastólica: 100 mmHg o más.

En 1970, gracias al estudio Framingham, que contó con 5209 participantes de entre 30 y 62 años de edad en EE. UU., la comunidad científica confirmó no

4. Aunque en el Perú no se categoriza en forma consistente el estado de prehipertensión como tal y más bien se considera este estado como presión normal-alta, sí se reconoce que este estado aumenta el riesgo de padecer de hipertensión (EsSalud 2008).

solo que la hipertensión es un precursor directo de infarto cerebral, sino que además no existen diferencias en la tolerancia a la hipertensión entre hombres y mujeres (Kannel et ál. 1970, Kannel y Wolf 2008). En 2004, se publicó un reporte del estudio Interheart, que se implementó en 52 países en el mundo, que mostró que así como la diabetes o el fumar, la hipertensión es un factor de riesgo para un ataque cardiaco (Yusuf et ál. 2004).

Existen varias causas de la hipertensión, como son el adelgazamiento de las arterias, tener un volumen anormal de sangre en el cuerpo o un corazón que late con más fuerza de lo normal; sin embargo, la mayoría de las veces, la causa de la enfermedad es desconocida.⁵

Los factores de riesgo que hacen que uno desarrolle hipertensión se agrupan en tres clases: la copresencia de enfermedades, los comportamientos de salud y la herencia. Por ejemplo, la diabetes es una de las enfermedades que elevan la hipertensión. Del mismo modo, los comportamientos como la mala nutrición —incluido el consumo de sal—⁶, la inactividad física —y, como efecto, el sobrepeso—, el consumo excesivo de alcohol y el fumar también elevan la presión arterial. Asimismo, la historia familiar hace que las personas hereden genes que las hacen más propensas a desarrollar hipertensión.

La hipertensión se puede prevenir o controlar con un estilo de vida saludable, que incluya comportamientos de salud. Entre estos está el comer una dieta saludable, como frutas y vegetales frescos que contengan potasio y fibra, así como una dieta que evite las grasas saturadas y colesterol, y que descarte el sodio —especialmente la sal—. Es importante mantener un peso saludable y realizar actividad física regularmente —como hacer ejercicio moderado por 30 minutos durante varios días a la semana (EsSalud 2008)—. Por ejemplo, una revisión sistemática de estudios experimentales que evaluaron el efecto de la actividad física en la disminución de la hipertensión encontró que 9 de los 27 estudios revisados establecieron una relación positiva entre caminar con intensidad y la disminución de hipertensión (Lee et ál. 2010). Del mismo modo que hacer actividad física, también es importante evitar fumar y limitar el consumo excesivo de alcohol —no más de una copa por día para las mujeres o dos copas por día para los hombres (EsSalud 2008).

5. Esta información fue obtenida de la página web de los institutos nacionales de salud de los Estados Unidos: <<http://www.nhlbi.nih.gov/hbp/hbp/causes.htm>>.

6. Esta información fue obtenida de la página web del Centro para el Control de las Enfermedades de los Estados Unidos: <http://www.cdc.gov/bloodpressure/risk_factors.htm>.

La mejor forma para saber si uno tiene hipertensión es chequearse la presión arterial. Si uno tiene esta enfermedad, la mejor manera de controlarla es cambiar comportamientos y estilos de vida, así como recibir tratamiento con medicinas (EsSalud, 2008). Un doctor debe prescribir los medicamentos,⁷ y también se recomienda prevenir y tratar otras condiciones que puedan estar presentes en el individuo, como por ejemplo la diabetes.

En el Perú, se estima que la hipertensión está entre las diez causas más comunes de muerte en la población mayor de 65 años, y que esta condición representa un factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares, que constituyen la segunda causa de muerte en los adultos mayores de 65 (Davies et ál. 2008). Aunque se ha investigado poco sobre la hipertensión en el Perú (como excepción ver Segura Vega et ál. 2006 o INEI 2010), se estima que la prevalencia en la población general es de aproximadamente 24%, mientras que la conciencia sobre tener hipertensión es de aproximadamente 39% y el porcentaje que recibe tratamiento es de alrededor del 14% (Sánchez et ál. 2009). También se ha estimado que la prevalencia de hipertensión es de 16% a 31% en hombres y de 15% a 23% en mujeres (Davies et ál. 2008). En Lima, Hernández-Hernández y sus colegas (2010) encontraron que más del 34% de las personas entre los 55 y 64 años de edad tenían hipertensión. Los datos anteriores hacen suponer que existe diferencias de prevalencia por sexo (hombres más que mujeres) y por edad (mayores más que los jóvenes).

La desigualdad en la hipertensión

La prevalencia de hipertensión en el mundo fue de alrededor del 26% en el año 2000, y las proyecciones para el año 2025 indican que el aumento de la prevalencia será desigual: en países desarrollados se observará un incremento de 24%, mientras que en los países en vías de desarrollo el incremento será de 80% (Hernández-Hernández et ál. 2010).

En países como los Estados Unidos, la hipertensión constituye una condición en la que se observan desigualdades en salud en tanto esta se presenta con mayor prevalencia en los afroamericanos que en los caucásicos (CDC 2011). En contraste con lo que se conoce en EE. UU., se sabe poco sobre la hipertensión en el Perú, a pesar de que esta enfermedad constituye un factor de riesgo para enfermedades del corazón. Se ha sugerido que las diferencias de prevalencia de hipertensión se

7. Esta información fue obtenida de la página web del Centro para el Control de las Enfermedades de los Estados Unidos: <http://www.cdc.gov/bloodpressure/what_you_can_do.htm>.

deben a factores demográficos como la educación, el nivel socioeconómico y la ubicación geográfica (Segura Vega et ál. 2006).

Las políticas de salud para prevenir y controlar la hipertensión en el Perú

No parece existir mucha documentación sobre políticas del Estado peruano para prevenir o controlar la hipertensión. Sin embargo, el Ministerio de Salud (Minsa) ha desarrollado algunas iniciativas para disminuir los riesgos producidos por la hipertensión.

En 2002, se establecieron los lineamientos estratégicos de la política sectorial del Minsa (Minsa 2002). El primer lineamiento general para la década de 2002 a 2012 es la “Promoción de la salud y prevención de la enfermedad”, y estipula lo siguiente:

Se fortalecerá el componente nutricional en la atención de salud e institucionalización de los protocolos de atención en nutrición a nivel individual, familiar y comunitario e incorporación de programas preventivos y de atención de problemas crónicos como hipertensión arterial, obesidad, osteoporosis y diabetes, e incorporando acciones de Salud Mental de forma transversal en todo campo temático. Para ello, se necesita organizar racionalmente los programas existentes y orientarlos a las poblaciones más vulnerables. (Minsa 2002: 34)

En 2004, se creó la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de los Daños no Transmisibles, bajo la Dirección General de Salud de las Personas (OPS 2009). Esta estrategia tiene como objetivo disminuir la mortalidad como producto de la hipertensión arterial, la diabetes, el cáncer y la ceguera. En tal sentido, se encarga de la “elaboración de directivas, normas técnicas, manuales, protocolos, convenios para la prevención y control de los daños no transmisibles priorizando hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer y ceguera” (OPS 2009: 199).

En 2007, el Minsa promulgó una resolución ministerial en la que aprobaba una directiva sanitaria para la implementación de la Campaña de Prevención y Control de la Hipertensión Arterial y sus Complicaciones (Resolución Ministerial N.º 365-2007/MINSA), y encargó la supervisión y evaluación de dicha directiva a la Dirección General de Salud de las Personas, a la Dirección de Promoción de la Salud y a la Oficina General de Comunicaciones.

Finalmente, en julio de 2009, el Ministerio de Salud emitió otra resolución ministerial en la que resolvía aprobar la “Guía técnica: guía práctica clínica para

la prevención y control de la enfermedad hipertensiva en el primer nivel de atención” (Guía Práctica HTA RM491-2009).

Síntesis

En conjunto, la revisión de la literatura sobre hipertensión en el Perú indica tres puntos importantes. Primero, alrededor del 24% de la población del Perú tiene hipertensión, y, dentro de este grupo, un porcentaje importante no es consciente de su condición; de otro lado, dentro del grupo que conoce su enfermedad, solo un porcentaje recibe tratamiento. Segundo, parecen existir diferencias de sexo, edad, nivel socioeconómico, nivel educativo y de lugar de procedencia en cuanto a la prevalencia de hipertensión en el Perú. Tercero, el Estado Peruano ha desarrollado pocas iniciativas para controlar la enfermedad en el país.

¿Qué opinan los especialistas sobre la desigualdad en la hipertensión en el Perú?

Dado que se ha publicado poco sobre la hipertensión, y es mínimo lo que se puede encontrar sobre la desigualdad en la hipertensión en el Perú, procedimos a entrevistar a especialistas que, desde sus propias experiencias de trabajo, han enfrentado la hipertensión en cuanto a la oferta o la demanda de información y servicios para controlar la enfermedad. El objetivo de las entrevistas a profundidad fue conocer qué piensan estos especialistas sobre qué es la hipertensión, cuáles son sus causas y consecuencias, cuáles son los modos de prevenirla y controlarla y en especial qué opinan sobre la desigualdad en relación con la enfermedad.

La identificación de los especialistas se hizo mediante referencias. Por ejemplo, investigadores en salud refirieron a médicos cardiólogos; o especialistas en nutrición refirieron a especialistas en comunicación y salud, etc. Las entrevistas se realizaron entre los meses de mayo y agosto de 2011. La tabla 1 muestra los actores que fueron entrevistados.

El análisis de la información recolectada en estas entrevistas se organizó en dos temas: las estrategias de prevención y control de la enfermedad y la desigualdad asociada a la hipertensión.

TABLA 1

INSTITUCIÓN	CARGO	NOMBRE
Ministerio de Salud del Perú	Coordinador nacional de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera y la Estrategia Sanitaria Nacional	Dr. Aldo Tecse Silva
Usaid (United States of America International Development)	Jefa del proyecto Usaid/Perú Políticas en Salud	Midori de Habich
Instituto Nacional del Corazón de EsSalud	Médico cardiólogo	Dr. Armando Godoy
Prisma	Miembro del área de Comunicación, Dirección de Desarrollo Humano	Ruth Pérez
Hochschild Mining	Gerente de Salud e Higiene	Raúl Díaz
Clínica Médica Cayetano Heredia y Hospital Nacional Cayetano Heredia	Médico cardióloga	Dra. Aida Rotta
Hospital Nacional Cayetano Heredia	Médico de Medicina Interna	Dr. Leslie Soto
	Jefe del área de Comunicación del hospital	David Flores Garavito
	Jefa de Nutrición del hospital	Anónimo

Las estrategias de prevención y control de la hipertensión en el Perú

En relación con la salud pública en el Perú, existen esfuerzos tanto del Estado como de la sociedad civil que revelan cierta preocupación por atender la hipertensión. Aunque no se la enfrenta como una enfermedad independiente —como lo podría ser el VIH/SIDA—, se observa interés en abordar un conjunto de enfermedades que agrupan problemas como la hipertensión.

Una organización que apoya al Estado peruano es Usaid, la agencia de apoyo de los Estados Unidos. Esta institución se encarga de facilitar la discusión y el diseño de las políticas que aborden todos los problemas de salud, incluidas las enfermedades crónicas. De acuerdo con la jefa del proyecto Políticas en Salud de USAID, la realidad de la hipertensión en el Perú puede verse en relación con la magnitud de sus consecuencias, por ejemplo, a través de los estudios de carga de enfermedad:

Los estudios de carga de enfermedad indican las proporciones de muertes y discapacidades que están asociadas con enfermedades no transmisibles, fuera del efecto de las enfermedades transmisibles y del cuidado materno-infantil. El último estudio llevado a cabo en el Perú indica que el Avisa⁸ como resultado de muertes y discapacidad es muy alto. Entre las recomendaciones que se han hecho sobre la base de estos estudios se ha dicho, por ejemplo, que no solo las políticas deben atender a las enfermedades asociadas con el cuidado materno-infantil, sino que también deben reconocer el daño de las enfermedades no transmisibles.

Por otro lado, el Estado peruano implementa programas de salud para el control de enfermedades no transmisibles a través de la Dirección General de Salud de las Personas del Minsa. Dentro de esta Dirección, existe la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños no Transmisibles, que, como ya se mencionó, fue creada en 2004. La Estrategia Sanitaria se encarga de diseñar e implementar las acciones del Estado para prevenir y controlar enfermedades crónicas, incluida la hipertensión. En relación con cómo se entiende la hipertensión por el Estado, el coordinador de la Estrategia indica lo siguiente:

Nosotros vemos que la hipertensión es un factor de riesgo trazador, es decir, que está presente con un conjunto de daños no transmisibles, como la insuficiencia cardíaca, los trastornos del ritmo cardíaco o la insuficiencia renal, que es un problema en el Perú por el tema de la diálisis. La hipertensión es un factor de riesgo para otras enfermedades como las que hemos agrupado o denominado como cardiometabólicas la diabetes, la osteoporosis. Debajo de enfermedades como la hipertensión, obesidad y colesterol subyacen estilos de vida saludables y conductas de riesgo. Las personas conviven con una disonancia cognitiva, pues saben que la alimentación malsana es perjudicial para su salud pero siguen con ese régimen. Entre las causas de la hipertensión están las conductas de riesgo y la predisposición genética. Frente a esta última, el sistema propone el tamizaje regular propuesto dentro de la atención integral por etapas de vida. Esto se hace con la idea de que habiéndose establecido la presencia de hipertensión en las personas, estas pueden chequearse regularmente y controlar la enfermedad.

El coordinador de la Estrategia Sanitaria opina que una manera de prevenir y controlar la hipertensión es mediante el enfoque de los estilos de vida:

Entre los que llamamos estilos de vida, tenemos aquellos asociados al consumo de tabaco, alcohol, a la alimentación malsana (que incluye el consumo de sodio, grasas trans, azúcares libres) y el sedentarismo (poca actividad física). Creemos que estos estilos de vida están modelados por el entorno que alienta su adopción. Esta manera

8. Este es un índice que mide los años saludables perdidos por discapacidad o muerte prematura (nota del autor).

de pensar está presentada en un modelo causal de determinantes que hemos [...] [entregado] presentado al Ministerio de Economía y Finanzas dentro del marco de implementación del Presupuesto por Resultados. Así, nuestros logros tienen en cuenta este modelo. Este modelo viene siendo implementado en nuestro país desde hace dos años, y [...] prioriza en dirigir los presupuestos a la entrega de productos de valor [...] a la población beneficiaria. En cuanto a hipertensión, se busca disminuir la prevalencia, y hay un número que se quiere alcanzar para el 2015. Así, estamos empezando a medir la prevalencia a través del Endes (que se desarrolla en periodos de dos años). Endes incluirá hipertensión en el 2011, pero ya el INEI incluyó un módulo sobre hipertensión en el Endes 2010.

Para el coordinador de la Estrategia Sanitaria es necesario enfrentar enfermedades como la hipertensión teniendo en cuenta una estrategia que podría describirse de la siguiente manera: se necesitan actividades sistemáticas, y el área de comunicaciones tiene un componente importante relacionado con la adopción de estilos de vida saludables. Hay varios tipos de intervenciones para prevenir o controlar la hipertensión:

- Rectoría en el tema.
 - A través de normas que tienen que ser implementadas por las regiones.
- Intervenciones colectivas.
 - Población general a la que hay que dar información.
- Intervenciones colectivas en escenarios específicos, por ejemplo, las escuelas.
- Intervenciones individuales (por ejemplo, médicos con pacientes).
 - Haciendo trabajo de prevención, diagnóstico, tratamiento y control.

Una forma en que yo creo que se puede intervenir es mediante el modelaje en el hogar, pero no hay evidencia sobre esto. El entorno modula los estilos de vida, y me refiero a la escuela, la familia y el centro de labores.

En cuanto a temas, en Argentina se ha trabajado el consumo de sal. En general, los problemas que se pueden combatir son:

- Actividad física, aunque ya se ha desarrollado bastante.
- Alimentación malsana (verduras y vegetales cinco veces al día).
- Grasas trans y azúcares libres (gaseosas y refrescos).

Además del equipo de la Estrategia Sanitaria, existen otros especialistas que tratan la hipertensión directamente, como los médicos, o quienes enfrentan los determinantes de la enfermedad desde sus programas de trabajo en salud. Consultado sobre campañas o intervenciones para enfrentar la hipertensión en el Perú, el cardiólogo del Instituto Nacional del Corazón de EsSalud indica que no hay mucho escrito sobre hipertensión:

No conozco de ningún estudio que haya evaluado una intervención para prevenir la hipertensión en el Perú; las campañas que ha habido son muy esporádicas, y no conozco de ninguna campaña que se haya dirigido a los doctores, al menos a mí no. Lo único que recibí sobre la hipertensión fue un entrenamiento durante mi formación como médico —en la especialidad no existe un curso o programa al respecto aunque sí lo hay en algunos países.

De acuerdo con el cardiólogo,

[...] los doctores suelen enfrentar la hipertensión como un mal secundario —en mi caso porque trabajo en un instituto de máxima complejidad, pero en la actividad privada puede cambiar en alguna medida—; siempre lo catalogan asociado a un mal primario, por ejemplo, describen que un paciente tiene una enfermedad del corazón y tiene además una presión elevada.

Pese a la poca información que pueden haber recibido los doctores sobre el control y la prevención de la hipertensión, existe apoyo por parte del Estado para orientar la intervención en pacientes con hipertensión. De acuerdo con el cardiólogo del Incor (Instituto Nacional Cardiovascular),

[...] EsSalud tenía un programa para tratar la hipertensión que se llamaba Programa de Hipertensión Arterial [...]. Los doctores que trabajan en hospitales de EsSalud enviaban a los pacientes con hipertensión al policlínico. En EsSalud, hay una guía de manejo de la hipertensión que es un protocolo de manejo que siguen los médicos cuando tienen pacientes.

En cuanto a la perspectiva de los pacientes, el cardiólogo del Incor observa que la hipertensión no es directamente apreciada por ellos, pues la enfermedad no tiene efectos inmediatos que el paciente pueda percibir. De acuerdo con él, una manera de intervenir en la prevención y control de la hipertensión es llevar a cabo campañas que se dirijan a los doctores:

Los médicos como yo, que solo hemos recibido un módulo de hipertensión en los años de medicina en la universidad, y nunca más, podríamos recibir más información. Por ejemplo, nos ayudaría recibir capacitación sobre cómo estratificar a los pacientes con hipertensión, que involucre sus medidas de hipertensión, medidas del peso, medidas de la cintura, su dieta y su actividad física. Todo esto es importante, pero muchos no lo hacen. Recuerda que nosotros vemos la hipertensión como una condición de comorbilidad. Quizá nos ayudaría recibir información científica por Internet (email, páginas web o Blackberry). Esto es más aplicable a los médicos no cardiólogos y a los que se hallan alejados de las capitales.

Por otro lado, conversando sobre los modos en que se puede prevenir o controlar la hipertensión, la cardióloga que trabaja en el hospital y la clínica de la Universidad Peruana Cayetano Heredia señala lo siguiente:

[...] cuando detecto que un paciente tiene valores de 160 o 100 (siguiendo la guía canadiense, pues ya sabes que existe la guía europea, la guía estadounidense; yo sigo la canadiense) de inmediato inicio tratamiento además de hacer cambios de estilo de vida. Si veo valores menores, aconsejo la dieta y actividad física y los mandamos a hacer mapas [con ayuda del tensiómetro] o lo mandamos a su casa para que el paciente se tome la presión de acuerdo a un esquema. En la cita médica, le hablamos de estilos de vida, lo pesamos y yo tengo mi cinta métrica para medirle el perímetro abdominal. Cuando le hago seguimiento, el objetivo es que bajen de peso y de medidas.

Es interesante conocer los mensajes que la cardióloga comunica a sus pacientes:

Cuando hablo con los pacientes, les digo que la presión no tiene síntomas, pero sí les hablo de los efectos. A los más reacios les digo si prefieren tomar una pastilla o varias pastillas al día, o prefieren estar echados en una cama [y señala la cama para pacientes del consultorio] sin poder tomar nada.

Del mismo modo, gracias a que la cardióloga trabaja en ambos centros de salud, puede ofrecer apreciaciones con respecto a cómo se atienden los pacientes tanto en el Hospital Nacional Cayetano Heredia como en la Clínica Médica Cayetano Heredia:

En el Hospital tenemos turnos de cuatro horas y vemos 16 pacientes en total, así que a cada uno le damos 15 minutos. En la Clínica les damos más atención, 20 a 35 minutos. La diferencia es que en el Hospital hay más demanda. En la Clínica es más holgado, aunque hay pacientes que veo solo cinco minutos.

Pensando en los mensajes que se pueden comunicar a los pacientes para que controlen su hipertensión, el médico internista del Hospital Nacional Cayetano Heredia comenta:

[...] los mensajes que diríamos a los pacientes durante el tiempo que no los vemos pueden ser algo así como: “No te olvides de comer verduras tres veces al día”. O simplemente: “Camina”, pues las personas no caminan. Creo que la idea es un recordatorio. Los mensajes deben ser estrictos pero no coercitivos, y más bien amables. Ya hemos aprendido que en VIH el problema es la adherencia a los medicamentos, y cuando le decimos al paciente que puede demorarse en tomar sus pastillas cinco minutos, por lo general empiezan a relajarse y la toman luego de media hora o incluso la dejan de tomar. Lo mismo si se pide que se deje de fumar, mejor es decir que no se fume nada, pues si se les dice que deje de fumar y fume solo uno, pueden fumar hasta cinco.

Una opinión acerca de cómo comunicar mensajes sobre hipertensión a los pacientes y médicos del Hospital Nacional Cayetano Heredia la tiene el jefe del área de Comunicación del hospital:

Entre los canales formales que tenemos para informar a los usuarios en el hospital están:

1. Periódicos murales: en donde damos información sobre el estado de salud de las personas y comportamientos saludables, como la buena alimentación y luchar contra el sedentarismo.
2. Efemérides: por ejemplo el Día de la hipertensión. Estas fechas responden a la política sectorial del Ministerio de Salud.
3. Notas de prensa: las distribuimos a los medios para que ellos las publiquen y así se llegue a la comunidad.
4. Campañas focalizadas en un lugar específico: si son en el hospital, utilizamos un punto de reunión, como puede ser un estrado; si tenemos perifoneadores, los usamos y repartimos volantes también. Estas campañas se hacen siempre sobre la base de un plan de comunicación.
5. Capacitación directa y mediante impresos —como volantes, trípticos, trípticos y “mosquitos”.

Para nosotros, hay un primer grupo de interés, que son los usuarios del hospital. El segundo grupo de interés es el personal de salud, con quienes utilizamos canales como la intranet y paneles; se envían documentos y también nos apoyamos en la transmisión boca a boca. Además hay un boletín virtual, pero no todas las semanas.

Por otro lado, la jefa de nutrición del Hospital Nacional Cayetano Heredia indica que, aunque no la enfrentan como un tema independiente, ellos trabajan en la prevención de la hipertensión con los pacientes del hospital:

Nosotros ofrecemos consultas en consejerías y folletería sobre alimentación saludable y un poco sobre actividad física. En nuestro trabajo, nos hemos dado cuenta de que no hay que utilizar la palabra “dieta” y más bien hacer cambios de estilos de vida. Si se piensa en dieta, esta es solo temporal, y luego la persona vuelve a la normalidad. Eso sí, la gente cambia de estilo de vida cuando tiene una enfermedad. Lo que recomendamos para el cambio de dieta es empezar con lo que más le gusta a la persona, y que sea saludable.

Adicionalmente a los esfuerzos identificados por los especialistas arriba mencionados, existen, por ejemplo, otros realizados por organismos no gubernamentales en la lucha contra la hipertensión. La organización Prisma fue señalada por especialistas en nutrición del Instituto de Investigación Nutricional como una organización líder en el campo de la comunicación en salud para la prevención y control de enfermedades. De acuerdo con la comunicadora en salud de esta organización, Prisma tiene experiencia en información científica-biomédica sobre enfermedades en el Perú; su trabajo vincula lo científico con lo social, y se centra en los determinantes sociales de la salud, como la nutrición y la actividad física —esto último en las escuelas.

La comunicadora en salud de Prisma indica que la promoción de actividad física en las calles es una manera de prevenir la hipertensión. La especialista sostiene que

[...] en general, cualquier persona tiene oportunidad de caminar, pero nos damos cuenta de que el medio ambiente influye, pues existen barrios muy peligrosos, como en el Rímac, donde tiene sentido tomar un mototaxi para protegerse y no caminar por la inseguridad.

Asimismo, señala que

[...] para tratar un tema como este [el control de la hipertensión], no solo es trabajo del sector de salud; es necesario que estén involucrados los restaurantes, las municipalidades, las agencias de publicidad, la prensa, para que den recomendaciones saludables, y, por supuesto, las políticas públicas.

Para ella, el trabajo de la promoción de estilos de vida saludables debe ser intersectorial.

Una perspectiva interesante sobre cómo prevenir y controlar la hipertensión es la del gerente de Salud e Higiene de la compañía minera Hochschild Mining, quien tiene experiencia en programas de *disease management* o manejo de enfermedades. De acuerdo con él, hace varios años que las empresas prestadoras de servicio de salud vienen trabajando en la prevención y control de enfermedades como la hipertensión.

El doctor Jorge Bentín, líder para los temas de salud en el grupo Backus, creó Novasalud a partir de la experiencia que se desarrolló en el servicio de atención médica del grupo, y luego Medica. La particularidad de Novasalud es que la mayoría de sus líderes eran médicos. En 1998, se promulga la ley de la modernización del seguro social y la creación de EPS. Backus desarrolla Novasalud EPS y compite con Pacífico y Rímac.

En ese contexto se tenían dos actores: Medica, que era el servicio médico [proveedor] y Novasalud, que era la financiadora o EPS. Ambos, en equipo, ofrecían muchos servicios, como un programa de medicina preventiva, el programa de médico en planta, atención a domicilio o el manejo tercerizado de servicios de salud para algunos clientes de gran envergadura. En este contexto, se presentó la oportunidad de desarrollar un programa de *disease management* para pacientes hipertensos. Así, trabajamos en equipo, viajamos a un congreso de la asociación americana de *disease management*, vimos lo importante que era esta oportunidad y armamos un programa para su aplicación en nuestro medio. Este programa, denominado Encoré, resultó tan exitoso que llegó a ganar el premio de Creatividad Empresarial de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas en el 2002. Para el diseño de este programa se revisó y analizó la data disponible sobre el comportamiento de

los pacientes hipertensos; por ejemplo, cuántas visitas al médico realizaban, qué medicinas utilizaban, cuáles exámenes auxiliares eran requeridos, etc. Como resultado de esta revisión, se determinó que existía una gran dispersión en los comportamientos; por ejemplo, había gente que se trataba con el médico una vez al año y otra cada seis meses, y otra cada mes, etc. El programa Encoré implicaba el someterse a un protocolo de medicina basada en evidencias en la comodidad de su hogar y consistía en: visita del cardiólogo, visita educativa de enfermería, visita para exámenes auxiliares, entrega de medicinas en casa y costo cero para pacientes. Los dos atributos más valorados por los pacientes eran: su condición de gratuidad y de ser a domicilio. Por otro lado, la EPS conseguía un mejor control de sus pacientes y, por lo tanto, un costo controlado. Este programa logró que todos los actores alrededor del tema hipertensión: el paciente, el médico, la aseguradora, la farmacia, los laboratorios, etc., resultaran ganando en sus objetivos. Este programa es, quizás, lo mejor que se ha hecho en hipertensión en el Perú. Creemos que funcionó porque el médico de cabecera, de confianza, lo recomendaba.

Síntesis

Atendiendo a las opiniones que tienen los especialistas en comunicación, así como los que poseen experiencia en la promoción de políticas y de programas que permiten prevenir y controlar la hipertensión en el Perú, es posible concluir en dos puntos importantes. En primer lugar, deben existir políticas que favorezcan la disminución de casos de personas que tienen hipertensión. En segundo lugar, deben implementarse programas que se dirijan indirectamente a las personas, ya sea a través de una institución, como puede ser una escuela o un hospital, o directamente a ellas para promover cambios en los estilos de vida que determinan la hipertensión. Teniendo en cuenta nuestra revisión de la literatura, aquellos programas que se enfoquen directamente en las personas deben diferenciar su estrategia teniendo en cuenta los segmentos que existen entre la población: (i) quienes no tienen hipertensión pero corren el riesgo de desarrollarla, (ii) quienes tienen hipertensión pero no saben que la tienen y (iii) quienes tienen hipertensión, saben que la tienen, pero no se controlan. Sin duda, una estrategia de intervención debe enfocarse tanto en disminuir la hipertensión mediante la distribución de medicinas como también por medio del cambio de estilos de vida que son considerados por el Estado Peruano como determinantes de la hipertensión.

La desigualdad asociada a la hipertensión

La mayoría de los entrevistados ofreció su opinión sobre la desigualdad en la salud de los peruanos y, en particular, sobre la desigualdad que se observa en la

prevención y control de la hipertensión. Al respecto, el coordinador de la Estrategia Sanitaria Nacional de Daños no Transmisibles del Minsa indicó lo siguiente:

[...] en cuanto a desigualdad, hay dos cosas críticas: existe inequidad en el acceso a servicios de salud para prevención y control de enfermedades y existe inequidad en exposición de determinantes de las enfermedades crónicas. Este segundo punto puede ayudar en el abordaje de las enfermedades crónicas. Asimismo, los pobres están más expuestos al riesgo de hipertensión por razones económicas y de educación. Por ejemplo, ¿con qué llenan la olla los pobres? Con fideos. En vez de agua prefieren tomar refrescos o chicha morada.

El médico cardiólogo del Incor observa que

[...] sí existen diferencias socioeconómicas en el acceso a salud en el Perú: en cuanto a rutina de ejercicios, dietas balanceadas y nutrición, consumo del alcohol, consumo de cigarrillos, acceso a servicios de salud. Noto una desigualdad en género, pues las mujeres están marginadas. También noto una desigualdad en cuanto a educación.

Una visión más general sobre la desigualdad en la hipertensión la tiene la jefa de salud de Usaid:

Existe inequidad en el estado de salud y en el acceso de salud. Lo primero se basa en el factor económico: existe diferencia en el acceso y se busca mejorar la atención y el servicio. Lo segundo se basa en varios factores: barreras económicas (por ejemplo, no pagar el acceso al servicio), barreras geográficas (por ejemplo, la población dispersa), barreras culturales (por ejemplo, disminuir la mortalidad materna incorporando las costumbres de las mujeres andinas). El Seguro Integral de Salud (SIS) se creó con el fin de disminuir la desigualdad. El SIS tiene este propósito para incrementar el acceso a servicios de salud [...], para beneficiar a la población pobre.

No solo existe desigualdad por el factor económico, también por la población dispersa. La población dispersa hace que la población no pueda obtener una oferta fija de servicios de salud. Por ejemplo, el reto es cómo incorporar mecanismos para dirigirse a la población dispersa, y un caso son las brigadas. Las brigadas se plantean como una visita una sola vez, y con suerte una segunda vez, para tratar varios temas que se pueden programar: se hacen vacunas, se llevan equipos, radios, se cuida la cadena de frío, etc.

Para la comunicadora en salud de Prisma, sí existe desigualdad en la hipertensión:

El nivel de instrucción genera desigualdad. En cuanto a sexo, no hay tanta diferencia en el acceso a la salud, pues tanto hombres como mujeres van al médico, pero en cuanto a apariencia, son las mujeres quienes se preocupan más que los hombres por ese tema; entonces promover la actividad física con ellas es más fácil. La enfermedad no es un tema inmediato para la persona, así que, para prevenir la hipertensión, se podría promover el hacer deporte para ser más seductor o ser más bonita.

Considerando las diferencias entre la clínica y el hospital de la Universidad Cayetano Heredia —que podrían reflejar una diferencia socioeconómica entre la población que asiste a ambos centros de salud—, la médico cardióloga indica que

[...] las poblaciones del hospital y de la clínica son culturalmente parecidas, pero hay una diferencia económica, pues aquí en la clínica se paga más. En cuanto a comportamientos de salud, en la clínica hay más variedad y en el hospital es más homogéneo, pero ahí no necesariamente en el buen sentido. Considerando las diferencias, yo creo que las mujeres se controlan la salud más que los hombres, pero los hombres hacen más actividad física. En cuanto a edad, la mayoría de los casos de hipertensión son de sesenta años o más, y una minoría está entre los cuarenta y sesenta años de edad. Hay muy pocos casos de pacientes con menos edad.

Para el médico internista del hospital, sí existen diferencias en cuanto a enfermedades:

En enfermedades crónicas, son las mujeres quienes se controlan más que los hombres. Los hombres vienen a la consulta cuando ya se están sintiendo muy mal. Eso lo vemos en la diabetes, por ejemplo. Las mujeres responden mejor a las indicaciones de los doctores, porque cuando se hacen campañas de salud, son las mujeres las que asisten más. Desde mi punto de vista, en el hospital hay sectores socioeconómicos C y en la clínica, B y C. No sé si hay muchas diferencias, pero en general sí veo que los [pacientes] de niveles A suelen prestar más atención a su dieta o a los tratamientos que los de niveles más bajos.

Síntesis

En su conjunto, las opiniones que tienen estos especialistas sobre la desigualdad no solo señalan que existen desigualdades en el estado de salud de las personas —siendo la hipertensión un caso—, sino también inciden en los determinantes de las enfermedades, entre los que se incluyen los servicios de salud, la información sobre la salud y los estilos de vida. Sobre la base del trabajo realizado hasta el momento, en la siguiente sección planteamos las preguntas de esta investigación.

Las preguntas de investigación

De acuerdo con la revisión de la literatura, se sabe que existe desigualdad en la prevalencia de la hipertensión según sexo, edad, educación y nivel socioeconómico. Respecto de las entrevistas a los especialistas, se sabe también que existen varios determinantes de la hipertensión en el Perú. De este modo, esta investigación se centra en estudiar tres determinantes que tienen efectos en la salud de las personas y que pueden generar desigualdad entre los que padecen hipertensión.

Estos tres determinantes son: (i) el acceso a información de salud para prevenir o controlar la enfermedad, (ii) el acceso a servicios de salud para prevenir o controlar la enfermedad y (iii) comportamientos de salud para prevenir o controlar esta enfermedad.

Por ello, se plantean a continuación tres preguntas de investigación:

1. ¿Existe desigualdad en el acceso a información para prevenir o controlar la hipertensión de acuerdo con el sexo, la edad, la educación y el nivel socioeconómico?
2. ¿Existe desigualdad en el acceso a los servicios para prevenir o controlar la hipertensión de acuerdo con el sexo, la edad, la educación y el nivel socioeconómico?
3. ¿Existe desigualdad en los comportamientos de salud para prevenir o controlar la hipertensión de acuerdo con el sexo, la edad, la educación y el nivel socioeconómico?

La desigualdad en la hipertensión: doctores y pacientes de una clínica privada y un hospital nacional en Lima

Para responder las preguntas de investigación, entrevistamos a doctores y pacientes de dos centros de salud en Lima: uno público —el Hospital Nacional Cayetano Heredia— y uno privado —la Clínica Médica Cayetano Heredia—. Las entrevistas tuvieron el objetivo de examinar desigualdades tanto en el acceso a información y servicios de salud como en los estilos de vida que permitan controlar la hipertensión.

Metodología

Entrevistamos a médicos y a sus pacientes con hipertensión. Las entrevistas se llevaron a cabo durante los meses de octubre y noviembre de 2011, y se hicieron con la asistencia de una psicóloga con experiencia en investigación de campo en temas de salud. Se entrevistó a 34 pacientes con hipertensión y 6 doctores que trabajan con pacientes con hipertensión. Las entrevistas con los doctores tomaron entre 15 y 20 minutos, mientras que con los pacientes, entre 30 y 40 minutos. Este estudio recibió la aprobación de los comités de ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Asimismo, el estudio se implementó con la autorización del Hospital Nacional Cayetano Heredia y de la Clínica Médica Cayetano Heredia. Todos los participantes dieron su consentimiento informado para participar en el estudio y recibieron un incentivo

equivalente a S/. 10,00. El diseño de los instrumentos estuvo informado por la revisión de la literatura y las entrevistas con los especialistas. Asimismo, el cuestionario que sirvió de guía para entrevistar a los pacientes fue pretestado con cinco pacientes anónimos —con y sin hipertensión— en el Hospital Nacional Cayetano Heredia.

Resultados

En el grupo de los doctores entrevistados, hubo especialistas en cardiología ($n = 2$), medicina interna ($n = 3$) y nefrología ($n = 1$). Todos, salvo uno, trabajan en el hospital y la clínica. El médico que trabaja solo en el hospital lo ha hecho por los últimos cuatro años, mientras que el resto lleva por lo menos cinco años laborando en alguno de los dos centros de salud.

Del total de pacientes entrevistados, 20 fueron mujeres y 14 hombres; la edad promedio fue 68,26 (mediana = 70 y mín. = 40, máx. = 82). Menos de la tercera parte reportó haber nacido en Lima ($n = 9$) y el resto en distintas regiones del país, como Áncash, Ayacucho, Cajamarca, Huancayo, etc. Más de la mitad vive en San Martín de Porres ($n = 18$), mientras que 4 viven en el Rímac, 4 en Los Olivos, 2 en Comas y 1 en cada uno de los siguientes distritos: Chancay, Independencia, Lima y Ventanilla. Sin embargo, 2 de ellos no viven en Lima. Veinte reportaron convivir con alguien o estar casados, mientras que 10 se identificaron como viudos; además, 2 se identificaron como separados y 2 como solteros.

La siguiente tabla muestra el nivel de educación⁹ de los 34 pacientes.

TABLA 2

NIVEL DE EDUCACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin nivel	1	2,9
Primaria incompleta	4	11,8
Primaria completa	5	14,7
Secundaria incompleta	4	11,8
Secundaria completa	13	38,2
Superior no universitaria incompleta	1	2,9
Superior no universitaria completa	3	8,8
Superior universitaria incompleta	1	2,9
Superior univ. completa	2	5,9
Total	34	100,0

9. Para medir el nivel de educación se utilizó un ítem adaptado de la Encuesta nacional de hogares (Enaho) disponible en la web de los microdatos del INEI: <<http://www.inei.gob.pe/srienaho/index.htm>>.

Como se aprecia en la tabla 20 completaron al menos la secundaria.

Por otro lado, cuando se indagó por su percepción sobre el nivel de ingresos en el hogar, 4 de los pacientes indicaron que el salario o sueldo que recibían y el total del ingreso en sus hogares no les alcanzaba y tenían grandes dificultades, mientras que 25 pacientes afirmaron que no les alcanzaba y tenían dificultades. De acuerdo con su condición económica, 1 de los pacientes se consideró muy pobre, 2 se consideraron pobres y 24 más o menos pobres; solo 7 no se consideraron pobres.

Por otro lado, 21 mostraron que su hipertensión no estaba controlada, pues sus medidas fueron iguales o superiores a 140 en la presión sistólica o a 90 en la presión diastólica. La mayoría de los pacientes reportó tomar pastillas para controlar su hipertensión, mientras que 5 de ellos no lo hacían. Al momento de la entrevistas, solo 7 pacientes asistían a su primer control en los últimos 12 meses, mientras que el resto asistía a 2 o hasta 20 controles en los últimos 12 meses. Sin embargo, más de la mitad ($n = 19$) reportó haber tenido entre dos y cuatro controles de hipertensión en los últimos 12 meses. En conjunto, los pacientes reportaron conocer su condición, en promedio, durante un periodo de 8,39 años (mediana = 5, mín. = 0, máx. = 30, sobre un total de 33 respuestas válidas).

En cuanto al uso de medios de comunicación, 14 indicaron que, en el último año, el medio que más utilizaron fue la radio, mientras que 13 señalaron que fue la TV —el resto reportó el periódico o Internet—. Aunque hubo mucha dispersión en las respuestas sobre el canal de televisión que ven con más frecuencia, los canales 4 y 9 fueron nombrados por al menos 8 de los participantes. En contraste, hubo mayor consenso en la selección de la estación de radio través de la cual se informan — $n = 23$ indicaron RPP— y en la selección de los periódicos que más leen —*El Trome* y *Ojo*.

A los pacientes se les hicieron preguntas relacionadas con la hipertensión: cómo la definían, cuáles eran sus causas y consecuencias y, en particular, qué significaba para ellos tener hipertensión.

Muchos de los pacientes no pudieron definir qué es la hipertensión. En su mayoría, todos coincidieron en que esta enfermedad está asociada al corazón. Por ejemplo, un participante mencionó que la hipertensión es “una molestia que hace que se suba la presión. Es un malestar en la sangre que se vincula al corazón”. Otra persona indicó que es un “problema porque se te sube la presión y se cansa uno al hacer las cosas. La presión alta es un malestar del corazón como tener taquicardia, colesterol alto, pero aquí es la presión”. Cinco de los participantes indicaron no saber qué es hipertensión.

Cuando se les preguntó por las causas, hubo consenso entre los pacientes en cuanto a la herencia genética y los malos hábitos alimenticios —como comer sal

o grasas o no hacer actividad física— como las principales razones de la hipertensión. Por ejemplo, un participante respondió: “Hay varias. Me han dicho que por la comida muy condimentada, la sal, el consumo de carne, las preocupaciones, el café, tener una vida muy sedentaria, ¿no? Pero a mí me ha pasado por herencia, porque mi mamá y mis hermanas (bueno, algunas) han tenido y tienen”. Otro participante señaló la “mala alimentación [o] algún familiar [papás, tíos, abuelos] lo pueden tener, y eso te lo pasan”. Sin embargo, también se observó que alrededor de la mitad de los pacientes indicó que las emociones fuertes o las preocupaciones pueden generar hipertensión: uno de los pacientes señaló que los “problemas, preocupaciones, sustos, tensiones, pero el médico me dice que si mi papá o mamá lo tuvo, yo también lo tengo”. Otro paciente indicó que “puede ser por cólera, ahí me sube”.

La mayoría de los pacientes coincidió en identificar las consecuencias de la hipertensión como “dolores de cabeza, malestar en el cuerpo, ya no puedes caminar ni respirar como antes, te puede dar mareos y desmayos” o “dolor de corazón, como un infarto, derrame cerebral, y si es muy grave puedes morir”.

Una respuesta interesante la dieron los participantes a la pregunta sobre qué significaba tener hipertensión en sus vidas. Las respuestas variaron y, sin duda, expresan el malestar y la limitación que la hipertensión puede causar en su actividad diaria, como se observa a continuación:

- No poder hacer mi vida como antes, salir y pasear, ir al centro o por otros lugares o ir sola a la iglesia.
- Es algo nuevo, asusta un poco porque hay que cambiar la comida o tratar de hacer cosas para mantenerse activo, parece un poco complicado.
- Molestia, un poco de depresión, me hace recordar el fallecimiento de mi padre porque en esas fechas me puse mal.

Las opiniones anteriores revelan que tener hipertensión es una molestia que ha significado cambiar estilos de vida, como modificar la dieta, por ejemplo. En síntesis, los pacientes indican que tener esta condición es una limitación en sus vidas.

La primera pregunta de investigación está relacionada con identificar si existe desigualdad en el acceso a información para prevenir o controlar la hipertensión. Para responder esta pregunta, se hizo un análisis de las entrevistas atendiendo a diferencias de sexo, edad, nivel de educación y nivel socioeconómico —un constructo definido como el haber hecho uso del servicio de salud en el hospital o en la clínica el día de la entrevista.

A continuación, presentamos el análisis de la información compartida por los médicos atendiendo a los cuatro criterios de segmentación. Luego, mostramos

el análisis de la información recogida de los pacientes. Los resultados aparecen siguiendo el orden de las preguntas de investigación.

Desigualdad en el acceso a la información de salud

Médicos

De acuerdo con los médicos entrevistados, no parece existir desigualdad en el acceso a información según el sexo o la edad del paciente. Sin embargo, en cuanto a búsqueda de información de salud, un médico mencionó que

[...] dentro de los grupos relacionados a la información, los que más lo hacen son los jóvenes o ayudan a buscar información si es que el hipertenso es el familiar. Los pacientes de la tercera edad son los que menos información aportan de acuerdo a su seguimiento; son pacientes que dicen sentirse mejor cuando no tomaron los medicamentos o dicen que sí tomaron y no lo hicieron; yo en ese tipo de pacientes trato de buscar una alternativa de control, y es que compren la pastilla, y tienen que decir cuánto han comprado, llevan la boleta, y cuántas les quedan.

Del mismo modo, los médicos parecen encontrar pequeñas diferencias socioeconómicas entre la clínica y el hospital. Un médico indicó que “sí, en la clínica difiere en un mínimo. Por grado leve, el que viene acá es un poco más pudiente que en el hospital”. Sin embargo, no parece existir una diferencia importante en el acceso a información según el nivel socioeconómico.

Hubo consenso con respecto a la desigualdad de información según el nivel de educación del paciente. Un médico indicó:

[...] de repente el nivel cultural más bajo, y sí, es un poco difícil a veces que el paciente entienda o te entiende que tome la pastilla y si se le acabó, cuando regresó a su consulta no tomó, porque no entendió el concepto; en ese punto de vista sí se nota un poco de diferencia.

Otro médico mencionó lo siguiente:

[...] el paciente de la clínica está más informado, viene a la siguiente cita con muchas preguntas porque ha leído en Internet él o [por] la familia; viene con anotaciones de su presión arterial, ya compró un tensiómetro, pregunta qué marca hay, traen un cuadernito con sus presiones. En el hospital son menos.

Pacientes

Para examinar la desigualdad en el acceso a la información de acuerdo con el nivel socioeconómico de los pacientes, se compararon las respuestas de los pacientes que fueron entrevistados en el hospital con las de quienes fueron entrevistados en la clínica.

Con respecto al lugar en el que acceden a información, existe un patrón entre los pacientes del hospital que no es exactamente el mismo que entre los pacientes de la clínica. En el hospital, los pacientes suelen recabar información sobre hipertensión principalmente entre sus familiares o los doctores, mientras que en la clínica —además de las mismas fuentes de información— más pacientes indican que se apoyan en medios de comunicación como la radio o Internet. Por ejemplo, uno de los pacientes del hospital encontró información “en el médico, él me ha dicho qué hacer y qué evitar porque tengo que cuidarme mucho porque el otro mes me opera y no sé cómo saldré”; y otros pacientes indicaron lo mismo: “Mi médico me ha dicho, bueno ya antes el primero que tuve me dijo, pero luego te avisan las enfermeras o uno pregunta a quien te atiende qué hay que hacer para cuidarse”; “mis hijos me explican y me repiten qué tengo que hacer y cómo tengo que cuidarme y que cualquier cosa les avise...”; “mi hija me dice y el doctor me da un cartoncito y una de esas señoritas que regalan pastillas me dio un folleto”. En contraste, los pacientes de la clínica indicaron que encuentran información “en Internet, el médico también me da información, en algunas cajitas de medicinas dan ideas de cuidados”; “a través de Internet, en páginas de salud o lo que deseo buscar. Otra forma de saber de hipertensión es cuando vengo a las consultas y el doctor me explica cómo estoy”; “a veces escucho en la radio o leo en el periódico y así me informo cómo cuidarme. [...] Cuando vengo a la consulta, el médico me dice si lo que estoy haciendo está bien; él se da cuenta de todo y rapidito me dice si le miento o no”.

Con respecto a los facilitadores que les permiten acceder a información, existe un patrón similar entre los pacientes del hospital y los de la clínica. Para ambos tipos de pacientes, lo que permite que ellos busquen o encuentren información es el interés por sentirse mejor, la colaboración de sus familiares, el apoyo del médico y —en cierta mayor medida en la clínica— el acceso a la radio o Internet.

En cuanto a las barreras que les impiden acceder a información, existe un patrón ligeramente diferente entre los pacientes del hospital y los de la clínica. Lo que impide que pacientes de la clínica busquen o encuentren información son el olvido o perder la oportunidad de preguntar a los doctores, la falta de tiempo para buscar información, la poca información que existe en los medios de comunicación o que los doctores comunican la información a los pacientes de mane-

ra muy rápida. El mismo patrón de respuestas se observa entre los pacientes del hospital, pues las barreras citadas por ellos son la falta de tiempo o de interés por buscar información, o la poca disponibilidad de información sobre hipertensión en los medios de comunicación. Sin embargo, los pacientes del hospital indican que una barrera frecuente es la falta de dinero para acudir al hospital o visitar al doctor. Además, un paciente del hospital señaló como barrera la vergüenza de preguntar por este tipo de información, y otro indicó el miedo y preocupación que tiene cada vez que asiste a su consulta.

Con el fin de examinar la desigualdad en el acceso a la información de acuerdo con el sexo de los pacientes, se compararon las respuestas de los pacientes hombres y mujeres. Si bien no hay diferencias claras en cuanto a los lugares para obtener información, cabe resaltar que los únicos dos pacientes, de toda la muestra, que indicaron no tener mucha información al respecto fueron hombres. En cuanto a los facilitadores para acceder a la información, se observan elementos comunes entre ambos sexos, como el recibir el apoyo de la familia para obtener la requerida. Sin embargo, algunas mujeres —pero ningún hombre— indicaron que las ganas de saber sobre su salud constituye un facilitador para el acceso a la información. Finalmente, no se encontraron diferencias entre ambos sexos en cuanto a las barreras para conseguir la información.

Para examinar la desigualdad en el acceso a la información de acuerdo con la edad de los pacientes, se compararon las respuestas de los pacientes de sesenta años o más y de los pacientes menores de sesenta años. Se escogió este “corte” porque un estudio muestra que hay más prevalencia entre los grupos etarios mayores de sesenta que en los menores (Segura Vega et ál. 2006). En cuanto al lugar en el que acceden a información, no se observaron muchas diferencias entre ambos grupos de pacientes, salvo que ninguno de los pacientes jóvenes citó la radio como fuente de información —a diferencia de los pacientes mayores—. Con respecto a los facilitadores que les permiten acceder a información, no se encontró un patrón diferente entre ambos grupos de pacientes. En contraste, cuando se compararon las barreras entre ambos grupos, se hizo evidente que los mayores tienden a indicar la falta de dinero para ir al hospital y acceder a la información, lo que no se observó entre los pacientes jóvenes.

Finalmente, se compararon las respuestas de los pacientes que reportaron tener secundaria completa o más con las de los pacientes con una educación por debajo de la secundaria completa. Son evidentes las similitudes con respecto a las fuentes de información, pues ambos grupos se apoyan en familiares o amigos y la radio para saber sobre la hipertensión. Sin embargo, solo los pacientes con educación secundaria completa señalaron Internet como un medio para obtener esta información. De hecho, cuando se indagó por los facilitadores, Internet fue

mencionado únicamente por los pacientes con mayor educación como un medio para que ellos o sus familiares obtuvieran información acerca de hipertensión. En contraste, no hubo un patrón diferente entre ambos grupos de pacientes sobre las barreras para obtener esta información.

Desigualdad en el acceso a los servicios de salud

Médicos

De acuerdo con los médicos entrevistados, no parece existir desigualdad en el acceso a servicios de salud para controlar la hipertensión según la edad o el nivel de educación del paciente. Solo dos médicos indicaron encontrar una desigualdad en el acceso a servicios en cuanto a sexo: un médico señaló que “las mujeres suelen consultar si pueden ir a otro servicio en cualquiera, hospital o clínica”.

En contraste, todos los médicos revelaron cierto tipo de desigualdad en el acceso a servicios debido a la condición socioeconómica. Un médico reveló que

[...] es más fácil que el paciente que viene a la clínica tenga acceso a poder comprar la medicación que tú le das; algunos te piden que les pongas la medicación más cómoda; se puede manejar medicamentos de marca, en realidad no hay mucha diferencia. En el hospital, de repente la adherencia de ese punto de vista puede ser un poco menos.

Otro médico indicó que “a menos posibilidades [económicas], hay menos acceso, las citas se dilatan más, toman los medicamentos inapropiadamente”.

Pacientes

Para examinar la desigualdad en el acceso y uso de servicios de salud para controlar la hipertensión de acuerdo con el nivel socioeconómico de los pacientes, se compararon las respuestas de los que fueron entrevistados en el hospital y las de quienes lo fueron en la clínica.

Con respecto al tipo de servicios que buscan o utilizan para controlar la hipertensión, existen similitudes. Todos los pacientes de la clínica y del hospital, salvo dos, reportaron no haber asistido a una consulta con un(a) nutricionista. Para ambos grupos, el servicio de control lo suelen encontrar con el médico, y todos indicaron que se miden la presión en el centro de salud, la posta, una farmacia o con algún familiar o amigo. Ambos grupos coincidieron en tener acceso a los exámenes, pero que son caros.

En cambio, no identificamos diferencias en cuanto a la compra de medicinas y al acceso al seguro. Los pacientes de la clínica tienden a comprar sus medicinas en la farmacia o las reciben como regalo, y aunque les parecen caras, las pueden comprar. Los pacientes del hospital tienden a comprar las pastillas en la mayoría de los casos, pues a pesar de tener el Seguro Integral de Salud (SIS), este seguro no les cubre todo. Un paciente tuvo que cambiar de pastillas porque las que les recetaron resultaron caras:

[Tengo] cinco clases de pastillas para un mes y tengo que tratar de comprarlas. Si está muy cara, le digo a la señora que me dé otras más parecidas. Hay una a 140 soles y no me alcanzaba, y me cambió y compré a menos, 70 u 80 soles.

En relación con el acceso a seguro de salud, casi todos los pacientes de la clínica reportaron tener un seguro ya fuera privado o, en varios casos, el seguro de EsSalud; sin embargo, casi ningún paciente de la clínica utilizaba su seguro. En comparación, varios pacientes del hospital reportaron estar afiliados al SIS o al AUS (Aseguramiento Universal de Salud), pero algunos indicaron que este seguro no cubre todas las medicinas o algunos exámenes. Si bien algunos señalaron tener el seguro a través de EsSalud, cuatro pacientes afirmaron no tener seguro alguno.

Con respecto a los facilitadores que les permiten acceder a los servicios para controlar la hipertensión, hallamos un patrón similar entre los pacientes del hospital y los de la clínica. Un facilitador recurrente que permite utilizar los servicios para los pacientes de la clínica es la colaboración de la familia, en tanto los acompañan durante las consultas, les compran pastillas o simplemente les recuerdan que las tomen. Un paciente de la clínica indicó, por ejemplo: “Mis hijos me compran lo que se necesite y me dan mi propina”; otro paciente, además, señaló los horarios de la clínica como un facilitador para acceder al servicio. Por otro lado, los pacientes del hospital afirmaron que tanto la familia como el seguro SIS representan facilitadores para cubrir los costos de los servicios. Asimismo, estos pacientes consideraron la cercanía de sus casas al hospital como un facilitador para acceder a los servicios.

Con respecto a las barreras que les impiden acceder a los servicios, identificamos un patrón ligeramente diferente entre los pacientes del hospital y los de la clínica. Para los pacientes de la clínica, una barrera recurrente es la falta de dinero para poder costear los exámenes o la consulta. Si bien sucede lo mismo entre los pacientes del hospital, estos mencionaron, además, que la falta de tiempo para asistir al hospital, la cantidad de tiempo destinada en obtener una cita o la cantidad de tiempo de espera para atender la consulta son otros tres impedimentos que limitan el acceso a los servicios para controlar la hipertensión. Por ejemplo, un paciente señaló que el impedimento son “las programaciones, porque hay que

venir exclusivamente a planear [la] cita, he venido dos veces y nada, y a la tercera [me] dijeron ‘ahora sí tengo para programar’”; en tanto que otro paciente dijo:

Para mí sí es fácil. Todo lo malo es que se espera bastante cuatro o cinco horas cada vez que uno viene. Como paro sola, sola vengo, pero lo malo es que esos días no se come bien, y paras en tensión o sales de un lugar, y tienes que ver cuándo es tu próxima cita, y ya no hay que regresar y regresar hasta que te digan que sí hay.

Para examinar la desigualdad en el acceso y uso de servicios de salud para controlar la hipertensión de acuerdo con el sexo, la edad y el nivel de educación de los pacientes, se compararon las respuestas de hombres y mujeres, de los pacientes de sesenta años o más y los pacientes menores de sesenta, y las respuestas de los pacientes con secundaria completa o más y los pacientes que no cuentan con secundaria completa. Las comparaciones no mostraron diferencias en los servicios solicitados por hombres y mujeres. Por otro lado, los dos únicos que reportaron haber acudido a una nutricionista son pacientes menores de sesenta años y con mayor educación. No se encontraron diferencias en los facilitadores o las barreras que permiten o limitan el acceso a los servicios de acuerdo con el sexo, la edad o el nivel de educación del paciente.

Desigualdad en los comportamientos de salud

Médicos

De acuerdo con los médicos entrevistados, no parece existir desigualdad en la implementación de comportamientos de salud según el sexo del paciente. Solo un médico reveló que “las mujeres [se cuidan] más que los hombres en controlarse y no morir”. Por otro lado, dos médicos indicaron que existen desigualdades en comportamientos como resultado del nivel de educación: “Por lo menos en lo que estoy viendo, es más por condición cultural el impedimento del paciente” y “aquellas personas que tienen mayor información y nivel de comprensión puede que mejoren rápidamente [...]”. Finalmente, dos médicos revelaron que existen desigualdades como resultado de la condición socioeconómica y uno de ellos mencionó que

[...] las personas con nivel socioeconómico más alto controlan más su salud; las personas con nivel socioeconómico mucho más bajo a menos, ¿no?, porque muchos de ellos son el sostén de la familia; entonces si están enfermos igual tienen que trabajar, por eso cuando vienen al hospital, la gente de bajos recursos viene bien mal. Entonces hay gente que tiene un poco de mayor poder, capacidad adquisitiva, y más tempranamente acude.

Pacientes

Para examinar la desigualdad en la implementación de los comportamientos de salud que permiten controlar la hipertensión, se compararon las conductas asociadas a la nutrición y la actividad física entre los pacientes de la clínica y del hospital.

En cuanto a nutrición, en el hospital se observó que más del 80% —15 de un total de 18 respuestas válidas— reportaron comer frutas frescas, congeladas o jugos todos los días de una semana típica. A diferencia, en la clínica, 25% —3 de un total de 12 respuestas válidas— indicaron comer frutas frescas todos los días de la semana. Hallamos más dispersión en el número de días que los pacientes de la clínica reportan comer frutas frescas en comparación con los pacientes del hospital. Por ejemplo, mientras en el hospital solo 1 paciente reportó comer frutas frescas un día; otro, tres días; y otro, cinco días; en la clínica, 4 pacientes reportaron comer frutas cinco días, 2 durante cuatro días, 2 durante dos días y 1 durante un día a la semana. Si bien la comparación anterior muestra que los pacientes del hospital comen más frutas frescas, la comparación de la cantidad de porciones de frutas que se comen en un día típico muestra que ambos grupos fueron muy similares, pues en ambos centros más de la mitad indicaron comer al menos una porción de frutas al día (12 de 18 en el hospital y 7 de 12 en la clínica).

En relación con el número de días que los pacientes comen verduras (que no incluyen yuca, papa, olluco o camote), encontramos ciertas diferencias en la distribución de las respuestas. Por ejemplo, mientras que en el hospital 55% (11 de 20) de los pacientes reportaron comer verduras entre cinco y siete días a la semana, en la clínica 75% (9 de 12) reportaron comer verduras tres días en una semana típica. En relación con el número de porciones de verduras que se comen en un día típico, casi todos en el hospital (90%) y en la clínica (91%) dijeron comer entre media y una porción de verduras al día.

La entrevista sirvió también para indagar sobre el consumo de sal. Los resultados muestran que hay similitudes entre los pacientes que acuden al hospital y a la clínica, pues 90% de los pacientes en el hospital y 92% de los pacientes de la clínica reportaron que se echaban sal frecuentemente o siempre al momento de cocinar la comida. Del mismo modo, todos (100% en hospital) o casi todos (86% en clínica) indicaron que nunca agregaban sal a las comidas en la mesa o cuando las comen. La respuesta fue muy similar en cuanto a pedir el salero cuando se come en la calle, pues 95% de los pacientes del hospital y 93% de la clínica reportaron nunca pedir el salero.

En cuanto a la actividad física, no existe mucha diferencia entre los pacientes del hospital y la clínica con respecto al número de días en que se realizan activi-

dades físicas intensas, pues 80% en el hospital y 86% en la clínica indicaron no realizar actividad en absoluto. Fue muy similar el patrón con respecto a la actividad física moderada, pues 50% en el hospital y un poco más de 35% en la clínica no realizan actividad física moderada en absoluto; en tanto que 30% del hospital y más del 35% de la clínica reportaron hacer actividad física moderada al menos un día en los últimos siete días. Finalmente, con respecto a caminar tres veces por semana durante 30 minutos seguidos, 30% de los pacientes en el hospital y 29% en la clínica indicaron no hacerlo, mientras que 70% de los pacientes en el hospital y 71% en la clínica reportaron hacerlo.

Finalmente, los resultados mostraron que no hubo diferencias con respecto a los comportamientos de nutrición y de actividad física entre los pacientes que acuden al hospital y a la clínica, o que tienen diferentes niveles económicos o de educación, o de distintos grupos de edad o de sexo. Los patrones fueron los mismos. Sin embargo, es preocupante que existan dos comportamientos de salud —cocinar con sal durante la preparación de las comidas y hacer actividad física intensa— en las que claramente los pacientes en su conjunto hacen mucho (el uso de la sal) o no hacen nada (actividad física intensa).

Discusión

Esta investigación abordó un campo aún inexplorado en el Perú, que se centra en la intersección de los temas de desigualdad, hipertensión y comunicación. En conjunto, los hallazgos nos permiten responder una pregunta principal del Programa Institucional del Instituto de Estudios Peruanos 2009-2012, que es ¿cuáles son las expresiones de la desigualdad, exclusión y racismo en las distintas esferas de la vida del país?

En esta investigación, aprendimos que las enfermedades cardiovasculares en el Perú están entre las que incrementan la mayor cantidad de años de vida saludable perdidos por discapacidad o muerte prematura (Velásquez 2009) y que la hipertensión es una de las causas directas de las enfermedades cardiovasculares (Kannel et ál. 1970, Kannel y Wolf 2008). En este contexto, esta investigación ha encontrado que existe una diferencia en la prevalencia de la hipertensión (que es de alrededor del 24%; Sánchez et ál. 2009) de acuerdo con el nivel educativo de los peruanos. Una de las investigaciones más prominentes que se conocen en el país (el estudio Tornasol) encontró que hay una mayor prevalencia de la enfermedad en los niveles de educación más bajos en comparación con los niveles de educación superior (Segura Vega et ál. 2006).

De acuerdo con la opinión de los especialistas que entrevistamos, una de las formas en que se puede intervenir para reducir la prevalencia de la enfermedad

es mediante políticas, las cuales deben incidir en los determinantes estructurales y sociales de la salud, por ejemplo, promoviendo la construcción de centros de salud o instaurando el aseguramiento universal de salud para el total de individuos que no dispongan de los recursos económicos para acceder a servicios de salud. Asimismo, una forma complementaria de atender el problema es mediante la implementación de programas que promuevan cambios en los estilos de vida entre la población vulnerable. Ambas maneras de intervenir deben hacerse sobre la base de un diagnóstico de las desigualdades existentes en los determinantes de la hipertensión en el Perú.

Un hallazgo que revela la desigualdad en el acceso a la información de salud, y que se observa entre grupos de diferente nivel económico, es la diferencia que encontramos entre los pacientes con hipertensión que acuden a una clínica privada, como es la Clínica Médica Cayetano Heredia, y quienes asisten a un hospital del Estado, como es el Hospital Nacional Cayetano Heredia. En este estudio, entrevistamos a 34 pacientes con hipertensión tanto del hospital como de la clínica. Aquí observamos que, mientras los pacientes del hospital suelen recabar información sobre hipertensión principalmente entre sus familiares o doctores, más pacientes en la clínica indicaron que, además de dichas fuentes, también se apoyan en medios de comunicación como la radio o Internet. No obstante, la diferencia entre los pacientes de la clínica y del hospital se hizo más evidente cuando se indagó sobre las barreras que les impiden obtener información de salud. Por ejemplo, si bien ambos grupos de pacientes reconocen que existe poca información sobre la hipertensión en los medios de comunicación o que no tienen mucho tiempo para buscarla, los pacientes del hospital indican que una barrera frecuente para acceder a la información es la falta de dinero para acudir al hospital o visitar al doctor, o, en un caso específico, la vergüenza de preguntar por este tipo de información. Tal parece que no solo los pacientes con menores recursos —en comparación con los de mayores recursos— utilizan menos fuentes de información para controlar su hipertensión, sino que, además, tienen un acceso limitado a estas.

Asimismo, encontramos un desigual acceso a la información sobre hipertensión en cuanto a la educación de los pacientes. Se hizo evidente que quienes tienen secundaria completa aseguran utilizar Internet como uno de los medios de comunicación para buscar información sobre hipertensión, mientras que los que tienen menos educación no reportaron el uso de este medio. De igual modo, los médicos entrevistados reconocieron una desigualdad según la educación de los pacientes, pues quienes tienen menos educación no comprenden adecuadamente el tratamiento que deben seguir para controlar su enfermedad.

Por otro lado, de acuerdo con los médicos, los pacientes que tienen más recursos económicos suelen enfrentar mejor su tratamiento en comparación con los que poseen menores recursos, pues parece que la diferencia en la capacidad económica genera una desigualdad en el proceso de adherencia a los medicamentos para tratar la hipertensión. Además, los datos recolectados de los pacientes mostraron que quienes asisten al hospital, a diferencia de los que van a la clínica, indican que el tiempo es una barrera para acceder a los servicios de salud: se destacan así la falta de tiempo para asistir al hospital, la cantidad de tiempo necesaria para obtener una cita o la duración del tiempo de espera para atender una consulta.

Finalmente, si bien dos médicos indicaron que existe una desigualdad en los comportamientos de salud de acuerdo con el nivel educativo de los pacientes, las entrevistas con los pacientes no revelaron diferencia alguna en los comportamientos asociados a la nutrición y la actividad física, ambos estilos de vida que influyen en la hipertensión.

Por lo expuesto anteriormente, la conclusión principal de esta investigación es que, en el contexto definido por una enfermedad crónica como la hipertensión, parece existir diferencias en dos determinantes de la enfermedad: en el acceso a la información de salud y el uso de los servicios de salud. Dado que consideramos que estas diferencias son injustas y evitables (Cartes-Pokras y Baquet 2002), afirmamos que sí existen desigualdades en estos dos determinantes de la hipertensión. Estas desigualdades se observan cuando se comparan grupos de personas de acuerdo con sus niveles socioeconómico y educativo. Dentro del conjunto de pacientes que padecen la enfermedad, quienes están en desventaja son los que tienen menos recursos económicos y menos educación, y, como consecuencia, están en mayor riesgo de no controlar esta condición.

Por supuesto, somos conscientes de que las limitaciones del diseño del estudio no permiten generalizar la conclusión anterior a todas las personas que viven con hipertensión en el Perú. Sin embargo, pensamos que cualquier intervención que busque reducir la prevalencia de la hipertensión debe enfocarse en los determinantes de la enfermedad —esta investigación consideró tres— y centrarse principalmente en quienes tienen menos capacidad de utilizar los servicios o la información que permite controlar la hipertensión: los de menor capacidad económica y menor educación. Sobre la base del diagnóstico anterior, esta investigación propone las siguientes cuatro recomendaciones.

Una recomendación de política

Sin duda, la desigualdad que hemos encontrado en esta investigación se debe a múltiples causas, y es impropio asumir que estas residen exclusivamente en la responsabilidad de los individuos —cuyos comportamientos, por ejemplo, los pueden conducir a enfermedades que otros no experimentan—. La desigualdad, en el contexto que define la hipertensión en el país, es el resultado de un sistema en que las causas estructurales interactúan con aquellas propias del individuo. Cualquier recomendación de política debe tomar en cuenta esta realidad, de tal forma que se intervenga en los determinantes que condicionan la experiencia de desigualdad que hemos hallado en esta investigación.

Por ello, creemos que se debe proponer una estrategia política, creada multi-sectorialmente, cuyo contenido haya incorporado tanto las perspectivas del sector público como las del privado, y que tenga el objetivo de mejorar los determinantes estructurales que condicionan más de una enfermedad crónica. Por ejemplo, el Estado peruano puede tomar la iniciativa no solo de construir más centros de salud, sino de condicionar áreas urbanas para la práctica de la actividad física; una manera de hacerlo es construyendo más veredas y parques o lugares de recreación, así como incrementando la seguridad en las calles. Complementariamente, la estrategia política podría enfocarse en determinantes como la promoción de estilos de vida saludables, que, de acuerdo con nuestra investigación, serían la promoción de la nutrición sana y actividad física. La estrategia de promoción de una nutrición sana podría estar diseñada por organizaciones del sector privado con el objetivo de difundir su práctica en segmentos de la población que son vulnerables al desarrollo de la hipertensión.

En la medida en que las personas pobres y con poca educación experimentan desventaja en el desigual acceso a la información de salud y en la utilización de servicios de salud que las ayuden a controlar la hipertensión, la estrategia multi-sectorial debería centrar sus esfuerzos en sortear las barreras que operan en la formación de la desigualdad. Una manera podría ser aumentar la oferta de consultas que ofrece el médico en un hospital nacional; por ejemplo, podrían incluirse más horarios de atención a los pacientes —en vez de cerrar el servicio a las 6 p. m., este podría extenderse hasta las 8 p. m.—. De este modo, se puede combatir el problema del “tiempo” que indican los pacientes que acudieron al hospital el día de nuestra entrevista.

Dos recomendaciones de comunicación

Acompañando a la estrategia política, se pueden iniciar programas de comunicación que diseminen información de manera efectiva —es decir, a través de los medios de comunicación usados por la población objetivo— para mejorar el *fit* entre los servicios de salud y el uso de estos servicios. Por ejemplo, en las entrevistas con los médicos, encontramos que ellos deseaban recibir información sobre hipertensión, y una sugerencia era enviarles información por correo electrónico o, incluso, por mensajes de texto sobre resultados de investigaciones relacionadas con el control de la hipertensión.

La modalidad de enviar información a los médicos puede considerarse una oportunidad para llenar el vacío que tienen con respecto a la hipertensión. Esto es relevante, pues uno de los médicos entrevistados indicó que esta enfermedad no fue abordada de manera sustancial durante su formación como médico. Los contenidos de la comunicación con ellos pueden incluir información sobre nuevas medicinas para controlar la enfermedad, estrategias para promocionar estilos de vida saludables entre los pacientes o, simplemente, recordatorios sobre abordar el tema de la hipertensión con sus pacientes.

Por otro lado, nosotros proponemos una estrategia de comunicación que se enfoque en las personas que tienen hipertensión, la cual debe emplear medios que sean consumidos por la mayor cantidad de público. De acuerdo con nuestra investigación, los medios más utilizados son la radio y la televisión. Si bien la televisión es un medio masivo, encontramos dispersión en la selección de los canales más frecuentados por los pacientes. En contraste, hubo mayor consenso en la estación de radio más escuchada por los pacientes, pues la mayoría señaló a RPP. Esta radio podría utilizarse para propagar contenidos de salud que sirvan a toda la población que tiene hipertensión.

Sin embargo, si el objetivo es disminuir la desigualdad en el acceso a información de salud y cerrar la brecha entre las poblaciones con más y menos recursos o con más y menos educación, recomendamos el uso de telefonía móvil. Creemos que este medio, que es masivo en el país, puede emplearse para comunicar contenidos directamente a las personas con hipertensión. Los celulares ya han sido utilizados por las estrategias de difusión del Minsa, y constituyen una oportunidad para propalar efectivamente mensajes para la prevención o el control de enfermedades crónicas. Los mensajes pueden dirigirse directamente a los pacientes o indirectamente, a través de sus relaciones influyentes, como pueden ser sus familiares.

Una recomendación de conceptualización

Finalmente, pensamos que en el contexto del Perú, un escenario de recursos limitados —si se compara con el de países como EE. UU., Reino Unido o Canadá—, la intervención más apropiada no debe abordar el problema de la desigualdad en una sola enfermedad. Recomendamos que se conceptualice la desigualdad dentro del conjunto de determinantes que sean comunes a varias enfermedades relacionadas entre sí, como lo pueden ser el acceso a información de salud o de servicios de salud o la promoción de estilos de vida saludables. Por ejemplo, tanto la obesidad como la hipertensión, ambas consideradas causas de las enfermedades cardiovasculares, pueden reducirse atendiendo a determinantes como la disponibilidad de información de salud. De este modo, una intervención que busque reducir desigualdades en los determinantes de la hipertensión puede diseñarse para que sea igual a la que se proponga disminuir las desigualdades en los determinantes de la obesidad. Creemos que esta forma de comprender las desigualdades en salud resulta ser más eficiente si lo que se busca es reducir brechas en la salud de los peruanos.

Referencias bibliográficas

CARTER-POKRAS, O. y C. BAQUET

2002 “What is a Health Disparity?”. *Public Health Reports*, n.º 117: 426-434.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION

2011 “High Blood Pressure Facts”. Disponible en: <<http://www.cdc.gov/blood-pressure/facts.htm>>.

DAVIES, A. et ál.

2008 “Hypertension among Adults in a Deprived Urban Area of Peru: Undiagnosed and Uncontrolled?”. *BMC Research Notes*, vol. 1, n.º 2.

ESALUD

2008 *Guía práctica clínica de hipertensión arterial*. Lima: EsSalud.

HERNÁNDEZ-HERNÁNDEZ, R. et ál.

2010 “Hypertension in Seven Latin American Cities: The Cardiovascular Risk Factor Multiple Evaluation in Latin America (CARMELA) Study”. *Journal of Hypertension*, n.º 28: 24-34.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

s. f. Encuesta nacional de hogares (Enaho) (varios años). Disponible en: <<http://www.inei.gob.pe/srienaho/index.htm>>.

2010 *Prevalencia de la hipertensión arterial en personas de 50 y más años de edad*. Informe técnico n.º 1, Salud familiar. Lima: INEI.

INSTITUTO NACIONAL DEL CORAZÓN (INCOR)

2010 Sitio web disponible en: <<http://www.essalud.gob.pe/centros-especializados/instituto-nacional-cardiovascular-incor/>>.

INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD DE LOS ESTADOS UNIDOS

2011 Sitio web disponible en: <<http://www.nhlbi.nih.gov/hbp/hbp/causes.htm>>.

KANNEL, W. et ál.

1970 "Epidemiologic Assessment of the Role of Blood Pressure in Stroke. The Framingham Study". *JAMA*, vol. 212, n.º 2: 301-310.

KANNEL, W. y P. WOLF

2008 "Framingham Study Insights on the Hazards of Elevated Blood Pressure". *JAMA*, vol. 300, n.º 21: 2545-2547.

LEE, I. et ál.

2010 "The Effect of Walking Intervention on Blood Pressure Control: A Systematic Review". *International Journal of Nursing Studies*, n.º 47: 1545-1561.

MINISTERIO DE SALUD

2002 *Lineamientos de política sectorial para el periodo 2002-2012 y principios fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del quinquenio agosto 2001-julio 2006*. Lima: Minsa.

2007a Campaña de prevención y control de la hipertensión arterial y sus complicaciones. Disponible en: <<http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=reporte%20estadistico%201%22campa%C3%B1a%20de%20prevencion%20y%20control%20de%20la%20hipertension%20arterial%20y%20sus%20complicaciones%22&source=web&cd=2&ved=0CDMQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.minsa.gob.icas%2Festadisticas%2Fhipertencionarterial%2FHipertensionArterial20070518.xls&ei=mPNMT630FNG4tweCmcxB&usq=AFQjCNE7ZzN8M aS34sF35kunVRKgYgFY4A>>.

2007b Resolución Ministerial n.º 365. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/est_san/danos_no_transm.htm>.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

- 2009 Recopilación de normas sobre prevención y control de enfermedades crónicas en América Latina: obesidad, diabetes y enfermedades cardiovasculares. Disponible en: <http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=recopilaci%C3%B3n%20de%20normas%20sobre%20prevenci%C3%B3n%20y%20control%20de%20enfermedades%20cr%C3%B3nicas%20en%20am%C3%A9rica%20latina&source=web&cd=1&ved=0CCMQFjAA&url=http%3A%2F%2Fnew.paho.org%2Fhq%2Findex.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D4245%26Itemid%3D&ei=QP5MT9agJ8y3twfo7cRG&usg=AFQjCNEo9jXozVxybO2UvF0il4zXaFnEDg>.

PEREL, P. et ál.

- 2006 “Noncommunicable Diseases and Injuries in Latin America and the Caribbean: Time for Action”. *Plos Medicine*, vol. 3, n.º 9: e344.

SÁNCHEZ, R. et ál.

- 2009 “Latin American Guidelines on Hypertension”. *Journal of Hypertension*, n.º 27: 905-922.

SEGURA VEGA, I. et ál.

- 2006 “Factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares en el Perú”. *Revista Peruana de Cardiología*, vol. 32, n.º 2: 1-46.

VELÁSQUEZ, A.

- 2009 “La carga de enfermedad y lesiones en el Perú y las prioridades del plan esencial de aseguramiento universal”. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, vol. 26, n.º 2: 222-231.

VELÁSQUEZ, A. et ál.

- 2009 “La carga de enfermedad y lesiones en el Perú. Ministerio de Salud”. Disponible en: <http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/jer/ult_inv_evi_cie2010/La%20carga%20de%20la%20Emfermedad.pdf>.

YUSUF, S. et ál.

- 2004 “Effect of Potentially Modifiable Risk Factors Associated with Myocardial Infarction in 52 Countries (the Interheart Study): Case-Control Study”. *Lancet*, vol. 364: 937-952.

LOS EFECTOS DE LOS PROBLEMAS DE SALUD SOBRE LA ECONOMÍA DE LOS HOGARES PERUANOS: IMPACTOS A FUTURO SOBRE EL NIVEL DE CONSUMO¹

ÚRSULA ALDANA

Introducción

La trayectoria económica de un hogar depende de la acumulación de activos (educación, experiencia, activos físicos, etc.) y de la evolución de la rentabilidad de estos activos, así como de la presencia de eventos como cambios climáticos, robos o problemas de salud. A estos eventos, que no son perfectamente predecibles y afectan negativamente la economía de los hogares, se les conoce como shocks. Estos shocks pueden desviar a los hogares de una trayectoria ascendente de acumulación.

Es reconocido que algunos shocks, como los climáticos en el caso de la agricultura o los de salud, pueden afectar el ingreso de los hogares, lo que disminuiría su capacidad de consumo. También es conocido que algunos shocks, como los de salud o el fallecimiento de un miembro del hogar, implican gastos adicionales que deben ser cubiertos.

Estas reducciones en el ingreso y estos incrementos en el gasto pueden menaguar la futura capacidad de generación de ingresos de los hogares. En el caso de los problemas de salud, también tenemos que si no son atendidos adecuadamente pueden afectar de manera permanente el capital humano del hogar.

Para el caso peruano, existen varios estudios que han evaluado el impacto de los shocks sobre los hogares. Sin embargo, estos estudios no han analizado el impacto sobre el bienestar de los hogares en los años que siguen a la ocurrencia del shock.

1. Este estudio contó con la valiosa asistencia de Sarita Oré y César Huaroto.

El presente estudio evalúa el impacto de los problemas de salud sobre el nivel de consumo del hogar un año después de ocurrido el shock, lo que contribuye a llenar este vacío en la literatura. Las preguntas de investigación que se abordan en este capítulo son: ¿cuál es el impacto de los problemas de salud sobre el nivel de consumo futuro del hogar? y ¿cómo varía este impacto con el nivel inicial de pobreza del hogar?

Este capítulo contiene cuatro secciones incluyendo esta introducción. La segunda sección presenta la revisión de la literatura, la tercera sección muestra la evaluación empírica del impacto de los problemas de salud sobre el consumo futuro de los hogares y, por último, la cuarta sección ofrece las reflexiones finales.

Revisión de la literatura

Esta sección presenta una revisión crítica de la literatura sobre: el impacto estimado de los shocks, la manera de enfrentar estos shocks por parte de los hogares y el impacto diferenciado de estos shocks según nivel socioeconómico.

La revisión de la literatura identifica vacíos importantes en el estudio del impacto de los shocks en el Perú. En primer lugar, a escala nacional, se ha estudiado el impacto de los shocks en el periodo de su ocurrencia, pero no después de esta. En segundo lugar, no se ha estudiado la relación empírica entre varias posibles estrategias que servirían para lidiar con los shocks y su ocurrencia. Por ejemplo, no existen estudios sobre la relación entre la ocurrencia de shocks y el uso de ahorros, de préstamos o el incremento de las horas trabajadas. En tercer lugar, el análisis del impacto diferenciado de los shocks tiene el problema de que usa el nivel socioeconómico en el periodo de ocurrencia del shock y no en el periodo anterior a su ocurrencia.

El impacto estimado de los shocks

En el estudio que hace Chacaltana (2006) sobre los factores detrás de la pobreza, el autor distingue dos tipos de pobreza: la crónica y la transitoria. Utilizando el panel de la Encuesta nacional de hogares (Enaho) que va de 1998 a 2001, Chacaltana define como pobres crónicos a aquellos que han sido pobres en todos los periodos cubiertos por el panel y como pobres transitorios a quienes han sido pobres en alguno (o algunos) de estos periodos. Chacaltana encuentra que mientras la pobreza crónica depende del acceso a activos productivos, la pobreza transitoria depende del haber sufrido shocks o eventos negativos. En su estudio, entre los shocks que presentan una relación estadísticamente significativa con la probabilidad de caer en pobreza están los shocks de salud (sufrir un accidente o enfermedad).

Es importante resaltar que aunque es cierto que los shocks afectan a aquellos hogares que están apenas por encima de la línea de la pobreza, pues pueden llevarlos a una condición de pobreza, también es muy probable que los pobres crónicos se vean afectados de peor manera por estos shocks. El estudio de Chacaltana no analiza este último tema.

Trivelli y Yancari (2006) analizan el impacto de shocks idiosincrásicos y covariados sobre el ingreso y el gasto de los hogares de los valles de Piura y del Mantaro. Para el valle del Mantaro el estudio encuentra que la sequía tiene un impacto negativo sobre el ingreso, pero que no tiene un impacto significativamente distinto de cero sobre el gasto. El trabajo argumenta que esto se debería a que quienes se han visto afectados por la sequía han sido los productores de papa capiro, quienes son más pudientes y, por lo tanto, más capaces de afrontar un shock sin disminuir su consumo.

Por otro lado, el estudio encuentra que los shocks idiosincrásicos tienen, tanto en Piura como en el valle del Mantaro, un impacto estadísticamente igual a cero sobre el ingreso y un impacto positivo y significativamente distinto de cero sobre el gasto. Se argumenta que esto se debería a los gastos adicionales que implican algunos shocks idiosincrásicos como las enfermedades, los accidentes y los fallecimientos.

Aunque es probable que los shocks idiosincrásicos incrementen los gastos requeridos por el hogar, también es probable que este incremento afecte los recursos disponibles para la satisfacción de las otras necesidades del hogar, disminuyendo el consumo en estos otros rubros. Es por esto que, para conocer el impacto de los shocks de salud sobre el nivel de vida, el análisis de la sección siguiente estima el impacto sobre el gasto, excluyendo los gastos de salud.

Martínez y Montalva (2008) utilizan el panel 2002-2006 de la Enaho para analizar el impacto de cambios en el ingreso sobre cambios en el consumo. Los autores argumentan que los cambios en el ingreso estarían correlacionados con los determinantes no observables del consumo. Es decir, que serían endógenos, razón por la que usan instrumentos para medir el impacto de estos cambios. Los autores utilizan los shocks negativos sufridos por los hogares como instrumentos. A base de estos instrumentos encuentran que, para el caso de la costa, los cambios en el ingreso, generados como consecuencia de los shocks, están correlacionados con cambios en el consumo.

Aunque existen shocks como los climáticos, que podría argumentarse que son exógenos, algunos autores han cuestionado la exogeneidad de algunos shocks, lo que implicaría que, en general, no serían buenos instrumentos. Murrugarra y Valdivia (2000) hacen el ejercicio de medir el impacto de los shocks de salud

sobre el ingreso de los individuos. Los autores argumentan que los shocks de salud serían endógenos, en tanto es probable que existan errores de medición y que los individuos más “hábiles” sean más propensos a reportar enfermedades. Murrugarra y Valdivia (2000) usan como instrumentos de los shocks de salud la infraestructura sanitaria y el acceso a la oferta de servicios de salud en la zona de residencia. Sobre la base de estos instrumentos, los autores encuentran que los shocks de salud tienen un impacto negativo en el ingreso recibido por los adultos del área urbana del Perú.

Todos los estudios mencionados hasta ahora se centran en el impacto inmediato de un shock. El único estudio que analiza los impactos dinámicos de un shock es el de Agüero y Valdivia (2010). En este trabajo, los autores analizan el impacto de las crisis macroeconómicas ocurridas entre 1980 y 2007 sobre el índice de déficit de talla para la edad de los niños menores a cinco años en el caso peruano. Los autores encuentran que las crisis tienen un efecto negativo sobre el índice de talla para la edad. Este resultado sugiere que eventos temporales como los shocks pueden tener efectos permanentes en el bienestar de los hogares. En este caso estamos hablando de efectos que se concretarán algunas décadas más adelante.

Un tema que no ha sido abordado para el caso peruano es el del impacto de los shocks en el “mediano plazo”; es decir, el efecto sobre la capacidad de generación de ingresos del hogar que sufrió el shock antes que del hogar que será formado por los niños cuando estos sean adultos. No se ha medido el impacto sobre el consumo o el ingreso en los años posteriores al shock.

Las maneras de enfrentar los shocks

El efecto de los shocks sobre los fundamentos económicos del hogar y la dimensión temporal de este efecto dependen de la manera en la que los shocks son enfrentados. Por ejemplo, si los gastos que un shock implica son financiados con el capital de trabajo del negocio o vendiendo activos productivos, las bases económicas del hogar se verán afectadas y los efectos se concretarán en el mediano plazo. Si los shocks son enfrentados disminuyendo el consumo alimentario de los niños, los efectos se mostrarán en la siguiente generación, la que verá mermado su capital humano.

La literatura nacional sobre las distintas maneras de enfrentar los shocks es escasa. Algunos trabajos se basan en las respuestas de los hogares a preguntas directas sobre cómo fue que ellos enfrentaron determinados shocks. Este tipo de información es utilizada en Martínez y Montalva (2008), Trivelli y Yancari (2006) y en Chacaltana (2006).

Sobre la base de estas preguntas, Trivelli y Yancari (2006) encuentran que el capital social es frecuentemente usado para enfrentar un shock. De la misma manera, a base de la Enaho, que incluye este tipo de preguntas, Chacaltana muestra que, en muchos casos, los individuos eligen trabajar más horas para enfrentar un evento negativo inesperado.

Basarse en lo reportado por los hogares es informativo, pero podría dar una idea errada de las estrategias utilizadas para enfrentar los shocks. Por ejemplo, si en la encuesta se pregunta qué se hizo para afrontar el shock, puede que los informantes no consideren lo que hicieron para sobrellevar la reducción en la liquidez generada como consecuencia de este shock. Es decir, puede que al reportar las estrategias usadas no consideren toda la cadena de eventos que se generan a partir del shock. Por ejemplo, en el caso de un shock de salud, frente a la pregunta sobre qué hicieron para enfrentar los shocks, es probable que los encuestados aludan a la atención médica buscada. También es probable que algunos hogares no consideren en su respuesta las actividades que llevaron a cabo para poder cubrir los gastos que dicha atención médica habría implicado.

Una manera alternativa de conocer los mecanismos utilizados por los hogares es estimar de manera empírica la relación entre determinadas prácticas y la ocurrencia de shocks. Por ejemplo, se puede estudiar la relación entre la ocurrencia de shocks y la venta de activos o el número de horas que trabajan los miembros del hogar. Este tipo de estimaciones otorga una mirada distinta a las estrategias usadas por los hogares. Esta segunda mirada tiene la ventaja de no depender de la percepción de los hogares, y, en esa medida, es más objetiva.

La literatura internacional presenta varios estudios que analizan de esta manera las estrategias usadas para enfrentar los shocks. Un grupo importante de estudios se centran en la relación entre la ocurrencia de eventos climáticos que disminuyen la cosecha y la venta de activos productivos, específicamente, ganado.

Tanto para Perú como para algunos países de África, existen estudios cualitativos que han mostrado que el ganado constituye una reserva de valor, y que es vendido en casos de emergencia. En cuanto a estudios cuantitativos, tenemos que el primer estudio que aborda este tema es el de Fafchamps et ál. (1998). En la muestra analizada por estos autores, los hogares que habían sufrido una caída importante en el ingreso agrícola y que declararon haber liquidado ganado reportaron haberlo hecho con la finalidad de financiar su consumo. A su vez, los hogares que no habían sufrido una caída tan drástica en el ingreso declararon que la liquidación de ganado respondía a razones distintas a la de financiar su consumo.

Sin embargo, en la estimación econométrica de Fafchamps et ál., el impacto de los shocks sobre la venta de ganado no es estadísticamente distinto a cero. Así, tenemos una aparente contradicción entre los resultados cuantitativos y los

estudios de tipo cualitativo. Varios estudios posteriores han apuntado a resolver esta contradicción.

El trabajo de Carter et ál. (2007) ayudaría a entender esta divergencia. Estos autores encuentran, para Etiopía, que el impacto de los shocks sobre la venta de activos es mayor cuanto mayor es el monto de activos que posee el hogar. De la misma manera, Carter y Lybbert (2010) hallan, para Burkina Faso, que los hogares cuyos activos son menores a cierto umbral no venden activos como consecuencia de un shock, mientras que los hogares por encima de ese umbral sí lo hacen.

Es probable que esto se deba a que la liquidación de los activos tendría un impacto demasiado fuerte para los hogares con pocos activos. Esta liquidación podría implicar el que los miembros no puedan satisfacer sus necesidades más básicas en los años posteriores al shock.

En ambos estudios se argumenta que esto se podría explicar porque los hogares estarían evitando caer en una “trampa de pobreza”. La trampa de pobreza ocurre cuando los hogares con muy bajo nivel de activos no pueden acumular activos y no están en capacidad, por lo tanto, de hacer crecer sus ingresos en el tiempo. Un posible mecanismo se debería a la inexistencia de excedentes luego de satisfacer las necesidades básicas de consumo. Así, los hogares cuyos activos son bajos los protegerían para no caer en esta trampa de pobreza, pues esto implicaría disminuir el consumo futuro de manera permanente.

Los resultados de Hoddinott (2006) apuntan en el mismo sentido. Hoddinott encuentra que los productores de Zimbabue liquidarían parte del ganado, como consecuencia de una sequía, solamente si es que poseen más de dos unidades de ganado. Según este autor, esto se debería a que una unidad agrícola necesitaría como mínimo dos unidades de ganado para poder ser viable.

Para el caso peruano, Aldana (2013) estimó el impacto de los shocks de salud sobre la venta de animales usando un grupo de encuestas tomadas a una muestra de productores de Piura y del valle del Mantaro en los años 2003 y 2004. Empleando el método de efectos fijos, encontró que en el año 2003 existía una relación positiva entre la ocurrencia de shocks de salud y la venta de ganado, pero solo para los productores con altos valores de ganado. Para los productores cuyo valor de ganado era menor a los 2600 soles no encontró este tipo de relación. A su vez, para el año 2004, caracterizado por una importante sequía, no halló relación entre la venta de ganado y la ocurrencia de shocks de salud. Esto se debería a que la sequía disminuiría la demanda por ganado, haciendo que baje su precio.

En el caso de los shocks de salud, una de las estrategias más importantes a considerar está dada por la recepción de atención médica. Minsa (2012) muestra que a 2011 el 57% de la población que sufrió un problema de salud recibió atención

de salud. Este porcentaje fue de 60% en el área urbana y de 46% en el área rural, lo que muestra una importante brecha en la atención recibida.

El no recibir la atención de salud adecuada puede hacer que la salud del individuo se vea afectada de manera permanente, lo que tendría un impacto negativo en los fundamentos económicos del hogar. Para el caso peruano no existe un análisis del impacto de los problemas de salud en la productividad laboral futura de los individuos.

A su vez, existen otras estrategias posibles frente a los problemas de salud, como: trabajar más horas para cubrir los gastos de salud, pedir préstamos o usar ahorros, prácticas para las que no se ha estudiado si, en el caso peruano, existe una relación empírica entre su implementación y la ocurrencia de shocks.

El impacto diferenciado de los shocks

Los estudios de Carter et al. (2007), Hoddinott (2006) y Aldana (2013) sugieren un impacto diferenciado de los shocks según el nivel socioeconómico de los hogares. En caso que los hogares de menores recursos no estén dispuestos a liquidar sus activos productivos, tendríamos que no verían mermados sus ingresos en el mediano plazo. A su vez, es probable que, al no liquidar activos, la caída en el consumo al momento del shock sea mayor. Esto podría afectar la calidad de la alimentación de los niños, lo que se traduciría en menores ingresos en el largo plazo, al afectarse la productividad que tendrían estos niños en el futuro.

Tanto Castro (2006) como Martínez y Montalva (2008) han estudiado el impacto diferenciado de los shocks según el nivel socioeconómico de los hogares. Estos trabajos han estudiado el impacto de los shocks sobre el nivel de consumo del periodo en que ocurrió. Su análisis ha diferenciado el impacto de los shocks según la condición de pobreza en ese mismo periodo. Ellos han encontrado que el impacto es mayor cuanto mayor es el nivel de pobreza.

El utilizar el nivel de pobreza que tiene el hogar durante el periodo de ocurrencia del shock constituye una limitación importante de estos dos estudios. El mayor impacto de los shocks que muestran los hogares de mayor pobreza podría reflejar el efecto que tienen los shocks sobre el nivel de pobreza de los hogares antes que un efecto diferenciado de estos.

Los shocks de mayor magnitud tienen un mayor impacto sobre la probabilidad de caer en pobreza. Por lo tanto, quienes han sufrido un shock y forman parte del grupo de hogares pobres en ese mismo periodo habrían sufrido shocks de mayor magnitud. Esto implicaría que el grupo de hogares pobres presente una mayor diferencia entre el consumo de quienes sufren el shock versus quienes no.

Así, la diferencia encontrada por Castro (2006) y Martínez y Montalva (2008) se podría deber a que se trata de shocks de distintas magnitudes antes que a un efecto diferenciado de los shocks según la condición de pobreza de los hogares.

Para conocer si, efectivamente, los shocks afectan en mayor medida a los hogares de menores recursos, es mejor utilizar el nivel de pobreza o el nivel de vida en un periodo anterior a la ocurrencia del shock. Este es el método que seguimos en el presente trabajo.

El impacto de los problemas de salud sobre el consumo futuro de los hogares. Un análisis basado en la Encuesta nacional de hogares

Como ya se ha señalado, no existen investigaciones que indaguen acerca del impacto de los shocks en los años que siguen a su ocurrencia. Los estudios han estimado el impacto en el periodo de ocurrencia del shock y también se ha discutido acerca de su probable impacto en la generación siguiente. Sin embargo, existen razones para pensar que los shocks pueden perjudicar la capacidad futura de generación de ingresos de los hogares, afectando su nivel de vida en los años que siguen al shock. En esta sección se estimará el impacto de los shocks de salud sobre el nivel de consumo en el año siguiente a su ocurrencia.

Los shocks pueden afectar la capacidad futura de generación de ingresos de distintas maneras. Los shocks también pueden reducir el ingreso percibido por los miembros del hogar o implicar gastos en los que tiene que incurrir el hogar. En el caso de los shocks de salud, puede ser necesario incurrir en gastos de atención médica. A su vez, los ingresos se pueden ver afectados si es que este shock afecta a un miembro de la fuerza laboral del hogar.

Con la finalidad de financiar estos gastos adicionales o de evitar la caída en el consumo que traería la disminución de los ingresos del hogar, los hogares podrían liquidar activos. En caso que sea así, la capacidad de generación de ingresos se verá mermada varios años hacia adelante. Del mismo modo, si la menor disponibilidad de liquidez se traduce en una menor inversión en capital de trabajo, se romperá el ciclo de inversión-venta de un negocio. Por ejemplo, si se dispone de menor dinero para comprar insumos agrícolas, la producción agrícola será menor y el dinero disponible para comprar fertilizante el ciclo subsiguiente será más bajo también.

Por último, como ya se ha mencionado, en caso de shocks de salud, el efecto futuro dependerá de la capacidad del hogar para atender ese problema sin que la salud del individuo se vea afectada de manera permanente. Por ejemplo, una

infección al oído que no es atendida a tiempo puede implicar daños permanentes en la capacidad auditiva.

Por otro lado, también es probable que el impacto de los shocks varíe según el nivel socioeconómico de quienes los padecen. Los estudios de Carter et ál. (2007), Hoddinott (2006) y Aldana (2013) señalan que los hogares pobres están menos dispuestos a liquidar activos, por lo que se espera que para ellos el impacto sobre el consumo futuro sea menor. Por otro lado, existen otros mecanismos de protección, como el ahorro y los préstamos de familiares o amigos, mecanismos que probablemente protegerían en mayor medida a los hogares con más recursos. Es probable que estos hogares tengan una mayor capacidad de ahorro y que cuenten con redes sociales que les den acceso a préstamos de mayor monto (Mogues y Carter 2005). Estos mecanismos les permitirían mitigar la disminución en el consumo al momento del shock y también harían posible lidiar con el shock sin tener que recurrir a la liquidación de activos productivos.

A su vez, estrategias como el uso del ahorro y del capital social permitirían sobrellevar shocks de salud dándole atención adecuada al individuo y evitando que su salud se vea afectada de manera permanente. Así, los hogares de mayores recursos estarían mejor posicionados para defender su capital humano.

Tenemos entonces que no es posible establecer a priori si para los hogares de menores recursos el impacto futuro del shock será más fuerte. La presente sección estudia de manera empírica cómo se diferencia el impacto de los shocks de salud según el nivel de pobreza de los hogares. A diferencia de los estudios reseñados en la revisión de la literatura, utilizaremos el nivel de vida anterior a la ocurrencia del shock.

Los datos de la Encuesta nacional de hogares

Para estimar el impacto de los problemas de salud sobre el consumo, utilizaremos datos de panel de la Encuesta nacional de hogares para los años 2004, 2005 y 2006. En este panel, los hogares son encuestados a lo largo del año, y cada hogar es encuestado exactamente 12 meses después.

La Encuesta nacional de hogares presenta preguntas sobre shocks en dos de sus módulos: el de gobernabilidad y el de salud. En el módulo de gobernabilidad se pregunta por varios tipos de eventos inesperados sufridos en los últimos 12 meses. Los eventos inesperados por los que se pregunta incluyen la pérdida del empleo, un desastre natural y shocks de salud. El fraseo de la pregunta sobre el shock de salud es el siguiente: “¿El hogar se vio afectado por enfermedad o accidente grave de algún miembro del hogar?”. Este fraseo es un poco problemático en tanto no es claro cuál es el nivel de gravedad de la enfermedad al que se alude.

Las preguntas del módulo de salud, por otro lado, son bastante más claras. En dicho módulo se pregunta a cada miembro del hogar si es que, en las últimas cuatro semanas, ha sufrido alguna enfermedad, la recaída de una enfermedad crónica o un accidente. La mayor ventaja de este módulo es que para los años 2004, 2005 y 2006 se pregunta por los días en los que el individuo no pudo realizar sus actividades normalmente durante las últimas cuatro semanas. Esto permite cuantificar la gravedad del shock de salud.

En el análisis econométrico estimaremos el impacto del número total de días en los que los individuos del hogar no pudieron desenvolverse normalmente. Usar el número de días como variable independiente nos permite capturar, hasta cierto punto, la intensidad del shock. Al mismo tiempo, nos limitaremos a aquellos shocks de salud que han afectado a personas que forman parte de la fuerza laboral; esto es, a personas que trabajan o que están buscando trabajo. Creemos que el impacto sobre el bienestar de los hogares será mayor si es que el shock de salud recae en una persona que genera o podría generar ingresos para el hogar.

Aunque nos es posible aproximar la intensidad del shock de salud mediante el número de días en los que la persona no se pudo desenvolver normalmente, es importante resaltar que esto no nos permite capturar toda la heterogeneidad que caracteriza a estos eventos. Por ejemplo, no podemos capturar lo costoso del tratamiento ni la probabilidad de recurrencia si no hay atención adecuada. Esto varía dependiendo del tipo de enfermedad, información que no aparece en la encuesta.

Debido a que la pertenencia a la fuerza laboral puede verse afectada por el shock de salud, nos basamos en la situación del individuo en el año base. El año base es el primer año en el que aparece el hogar en el panel que va de 2002 a 2006. Por otro lado, dado que las estimaciones usan los datos de los años 2004, 2005 y 2006, sacamos de la muestra a aquellos hogares para los que el año base no es anterior a 2004.

Esto significa que contamos con un panel de 1345 hogares para el área rural y con un panel de 1870 hogares para el área urbana. En el área rural, en 103 de los hogares, alguno de los miembros que formaba parte de la fuerza de trabajo en el año base sufrió un shock de salud que no le permitió desenvolverse normalmente en 2004. En 2005 y 2006, el número de hogares en los que alguien de la fuerza de trabajo sufrió este tipo de eventos fue de 140 y 159 respectivamente. En el área urbana, 127 hogares sufrieron este tipo de shocks en 2004, 195 en 2005 y 213 en 2006.

En cuanto al total de días en los que los individuos del hogar no se pudieron desenvolver normalmente, tenemos que en el área rural, entre 2004 y 2006, considerando a los hogares en los que alguien no pudo desenvolverse normalmente, la mediana es de 4 días, el percentil 70 es de 7 días y el percentil 90 es de 15 días. En el área urbana, por otro lado, la mediana es de 3 días, el percentil 70 es de 6 días y el percentil 90 es de 15 días.

Shocks de salud, estrato socioeconómico y atención médica recibida

La tabla 1 muestra, para el área urbana y el área rural, la incidencia de shocks de salud, entendidos como enfermedades, accidentes o recaídas de enfermedades crónicas, según quintil de gastos en el año base. La unidad de observación de la base usada para calcular los porcentajes mostrados es el individuo/año. Es decir, cada individuo aparece tres veces en la base, pues el panel va de 2004 a 2006. En la tabla se muestra el porcentaje de individuos/año que sufrió shocks de salud, así como el porcentaje que sufrió este tipo de shocks y formaba parte de la fuerza de trabajo en el año base. Por último, se muestra el porcentaje que no pudo desarrollar sus actividades con normalidad por lo menos por un día. Es posible notar que, en el área urbana, el porcentaje que no se pudo desenvolver normalmente por un día o más es menor en los quintiles más altos.

TABLA 1

QUINTILES DE GASTO Y OCURRENCIA DE SHOCKS DE SALUD (ENFERMEDAD, ACCIDENTE O RECAÍDA EN LAS CUATRO SEMANAS ANTERIORES A LA ENCUESTA)

Años 2004-2006

QUINTILES DE GASTO EN EL AÑO BASE	% QUE SUFRIÓ SHOCKS DE SALUD	% QUE FORMABA PARTE DE LA FUERZA DE TRABAJO Y SUFRIÓ SHOCK DE SALUD	% QUE FORMABA PARTE DE LA FUERZA DE TRABAJO, SUFRIÓ SHOCK DE SALUD Y NO PUDO DESENVOLVERSE CON NORMALIDAD POR AL MENOS UN DÍA	NÚMERO DE OBSERVACIONES
ÁREA URBANA				
1	30,7	11,8	2,5	5.834
2	29,5	12,3	2,6	4.750
3	31,4	14,5	2,6	3.844
4	31,8	14,4	1,3	2.773
5	31,0	13,3	0,2	1.633
Total	30,7	13,0	2,2	18.834
ÁREA RURAL				
1	29,3	11,4	1,7	3.461
2	26,6	11,2	2,7	2.930
3	28,5	13,6	2,4	2.461
4	30,5	15,8	3,4	2.112
5	31,4	15,7	2,7	1.347
Total	28,9	13,0	2,5	12.311

Fuente: Enahopanel 2004-2006
Elaboración propia.

La tabla 2 muestra estadísticas sobre el número de días en los que el individuo no se pudo desenvolver normalmente, según quintil de gastos en el año base. Estas estadísticas se muestran para los individuos que no pudieron realizar sus actividades con normalidad por lo menos por un día. Al igual que en la tabla anterior, la unidad de observación es el individuo/año. Acá tenemos que tanto para el área urbana como para la rural el número de días en los que el individuo no se pudo desenvolver con normalidad es mayor en los quintiles más altos. Esto podría deberse a que los hogares con un mayor nivel socioeconómico pueden darse más días de descanso.

TABLA 2
NÚMERO DE DÍAS EN LOS QUE EL INDIVIDUO NO PUDO REALIZAR
SUS ACTIVIDADES NORMALMENTE

Años 2004-2006

QUINTILES DE GASTO EN EL AÑO BASE	PROMEDIO	MEDIANA	PERCENTIL 70	PERCENTIL 90
ÁREA URBANA				
1	5,3	3	6	14
2	4,4	2	4	12
3	7,0	3	6	22
4	5,2	3	4	14
5	7,3	6	10	15
Total	5,4	3	6	15
ÁREA RURAL				
1	5,1	3	6	10
2	6,2	4	6	12
3	6,4	4	7	14
4	6,7	3	7	15
5	7,4	3	8	28
Total	6,3	3,5	7	15

Elaboración propia.

La tabla 3 muestra el porcentaje de individuos que sí se atendió luego de haber sufrido un shock de salud. El porcentaje se calcula sobre los individuos que formaron parte de la fuerza de trabajo en el año base y que sufrieron un shock de salud entre los años 2004 y 2006. De la misma manera que en las tablas anteriores, la unidad de observación es el individuo/año. Se puede notar que existe una brecha importante entre el área urbana y el área rural. A su vez, existe una brecha significativa según quintil de gastos, tanto en el área urbana como en la rural. En caso que la enfermedad no sea leve, esto implica que los hogares de menores recursos podrían verse afectados en el mediano plazo en tanto el problema de salud se prolongaría, mermando así el capital humano del hogar.

TABLA 3
PORCENTAJE DE INDIVIDUOS QUE SÍ SE ATENDIÓ ENTRE LOS QUE SUFRIERON
UN SHOCK DE SALUD

QUINTILES DE GASTO EN EL AÑO BASE	Años 2004-2006			
	ÁREA URBANA		ÁREA RURAL	
	PORCENTAJE	NÚMERO DE OBS.	PORCENTAJE	NÚMERO DE OBS.
1	38,8	690	20,8	394
2	45,1	583	29,3	328
3	48,9	558	31,4	334
4	48,9	399	40,5	333
5	51,6	217	47,9	211
Total	45,4	2.447	32,4	1.600

Elaboración propia.

Dada la importancia de la atención médica para entender el impacto de los problemas de salud, la tabla 4 muestra el porcentaje de individuos que sí se atendió luego de haber sufrido un shock de salud para el año 2012. A 2012 la situación había mejorado considerablemente: en el área urbana, el porcentaje que sí se atendió subió a 60% y en el área rural, a 47%. Sin embargo, a 2012 aún existían brechas importantes entre quintiles de gasto y entre los sectores urbano y rural.

TABLA 4
 PORCENTAJE DE INDIVIDUOS QUE SÍ SE ATENDIÓ ENTRE LOS QUE SUFRIERON
 UN SHOCK DE SALUD

Año 2012

QUINTILES DE GASTO EN EL AÑO BASE	ÁREA URBANA		ÁREA RURAL	
	PORCENTAJE	NÚMERO DE OBSERVACIONES	PORCENTAJE	NÚMERO DE OBSERVACIONES
1	52,0	690	36,9	394
2	57,7	583	40,4	328
3	61,2	558	46,5	334
4	63,1	399	51,5	333
5	69,8	217	60,3	211
Total	60,4	2.447	47,2	1.600

Elaboración propia.

Metodología

Esta subsección presenta la metodología que usamos para medir el impacto de los shocks de salud sobre el nivel del consumo presente y del consumo posterior al shock. Con la finalidad de medir el consumo usamos el gasto anualizado por miembro del hogar. Esta variable es la base de la medición de pobreza en el país, y es típicamente usada para medir el nivel de vida del hogar. Sin embargo, un shock de salud trae gastos en atención médica que no necesariamente reflejan un mayor nivel de vida. Es por esto que hemos excluido los gastos de salud de la variable dependiente o variable a explicarse.

El principal problema que se debe abordar al intentar medir el impacto de un shock es su endogeneidad. La variable que refleja la intensidad y ocurrencia de un shock sería endógena si es que se encuentra correlacionada con otras variables que inciden en el consumo y que no han sido recogidas en la encuesta. Esto nos llevaría a confundir los efectos del shock con los efectos de otras variables sobre el consumo del hogar.

Algunos trabajos han asumido que los shocks que sufren los miembros de un hogar no son endógenos. Como ya se mencionó, Martínez y Montalva (2008) y Hoddinott (2006) han usado los shocks para aproximar cambios en el ingreso

y medir su impacto sobre el consumo del hogar. Los autores han asumido que, mientras que los cambios en el ingreso presentaban un problema de endogeneidad, los shocks no, y, por lo tanto, podían servir para medir el impacto de los cambios en el ingreso. Murrugarra y Valdivia (2000), por el contrario, parten de la posibilidad de que los shocks de salud sean endógenos, e intentan controlar por esta endogeneidad a través del método de variables instrumentales.

Mientras que hay algunos shocks, como los macroeconómicos y los climáticos, que pueden considerarse exógenos, es muy probable que los shocks de salud estén correlacionados con variables no observables que impactan en el consumo del hogar. Como ya se mencionó, según Murrugarra y Valdivia (2000), los individuos con mayores habilidades serían más propensos a identificar y reportar el haber caído enfermos. Estas habilidades tendrían, de manera simultánea, un impacto directo sobre el nivel de vida del hogar, lo que crearía un problema de endogeneidad. Al mismo tiempo, es probable que habilidades asociadas al procesamiento de la información hagan que el individuo presente menores probabilidades de caer enfermo y que estas habilidades, de manera paralela, impacten positivamente en su nivel de vida.

Murrugarra y Valdivia (2000) abordan este problema utilizando como instrumentos el acceso a infraestructura sanitaria y a la oferta de servicios de salud. Es decir, ellos estiman el impacto de los shocks de salud a partir del impacto de los instrumentos sobre las variables de resultado. En este trabajo nos basamos en el método de efectos fijos para reducir el problema de endogeneidad. Este método estima la correlación entre el cambio del gasto de los hogares en el tiempo y el cambio en el tiempo de los problemas de salud de sus miembros. Al estimar la relación entre los cambios y no la relación entre los niveles, se controla por la endogeneidad que viene de la correlación entre las variables independientes y las variables no observables que influyen en los niveles de la variable de resultado.

Como ya se señaló, utilizaremos los datos del panel de la Enaho que cubre los años 2004, 2005 y 2006. Dado que necesitamos más de un año para usar el método de efectos fijos, esto significa que solo podemos incluir los rezagos del shock de salud un periodo hacia atrás. El recuadro 1 muestra cómo funciona el método de efectos fijos en las estimaciones que se han realizado.

Estimación del efecto de los shocks de salud sobre el nivel de consumo usando el método de efectos fijos

La ecuación (1) muestra el logaritmo del consumo como función de los shocks de salud experimentados por los hogares tanto en el periodo “actual” como un periodo hacia atrás. En la ecuación (1), $\ln(C_{it})$ refleja el logaritmo del consumo, S_{it} es una variable que refleja el número total de días que los individuos del hogar no pudieron realizar sus actividades con normalidad en el periodo t o periodo actual y S_{it-1} refleja esto mismo para el periodo $t-1$ o hace un año. En esta ecuación, μ_i refleja las características no observables de los hogares que influyen en el consumo, pero que no varían en el tiempo, como por ejemplo la habilidad de procesar información. Por otro lado, ε_{it} refleja las características no observables que varían en el tiempo. Esta especificación permite conocer el impacto que tienen los shocks sobre el bienestar futuro de los miembros del hogar.

Para que la medición de estos coeficientes sea insesgada, se requiere que las variables no observables no se encuentren correlacionadas con la ocurrencia de los shocks. Asumiendo que μ_i se encuentra correlacionada con el reporte de shocks de salud, la estimación de la ecuación (1) arrojaría estimados sesgados de los coeficientes asociados a los shocks de salud.

$$\ln(C_{it}) = \beta_0 + \beta_S S_{it} + \beta_{S-1} S_{it-1} + \mu_i + \varepsilon_{it} \quad (1)$$

La correlación entre μ_i y los shocks de salud se elimina expresando a las variables de la estimación como desviaciones con respecto al promedio del hogar, de la siguiente manera:

$$\ln(C_{it}) - \overline{\ln(C_{it})} = \beta_S (S_{it} - \overline{S_{it}}) + \beta_{S-1} (S_{it-1} - \overline{S_{it-1}}) + \varepsilon_{it} - \overline{\varepsilon_{it}} \quad (2)$$

Donde la barra superior refleja el promedio de la variable en cuestión, para cada hogar, a lo largo de los años del panel. De esta forma, μ_i desaparece de la ecuación, por lo que la correlación entre el componente del error y las variables de interés (los shocks de salud) se anula. En las regresiones estimadas hemos incluido como controles adicionales el año, el gasto per cápita en el año base y el gasto per cápita al cuadrado en el año base.

Por último, la estimación tratará de identificar si el impacto del shock se diferencia según el nivel de vida del individuo. Como ya se discutió líneas arriba, para poder conocer el impacto diferenciado del shock es mejor utilizar el nivel de vida en un periodo anterior a su ocurrencia. Estimaremos el impacto de los problemas de salud distinguiendo de acuerdo con si los hogares eran pobres en el año base o no. En tanto hemos eliminado de la muestra a los hogares para los que el año base no es anterior a 2004, tenemos que estamos considerando el nivel de vida en un periodo anterior a la ocurrencia del shock.

Resultados

La tabla 5 muestra los resultados de la estimación del impacto de los shocks de salud sobre el consumo. En la tabla se muestran tanto el impacto sobre el promedio (mínimos cuadrados ordinarios) como sobre la mediana del gasto (regresión sobre la mediana). El estimado del impacto sobre la mediana tiene la ventaja de que es robusto a la presencia de valores extremos. Los resultados indican que, en el área rural, el shock de salud tiene un efecto negativo en la mediana del consumo al momento del shock y un año después de ocurrido este.

Según los resultados, en el área rural, un día adicional en el que el individuo no se pudo desenvolver con normalidad implica una caída de ,7% en el consumo presente y una caída de ,5% en el consumo del año siguiente, lo que significa cambios importantes para casos en los que el número de días del shock de salud es alto. Si el número de días en los que el individuo no pudo realizar sus actividades con normalidad es mayor a 20, el impacto es mayor a 14% en el presente y mayor a 10% un año hacia adelante.

En el área urbana, los impactos sobre la mediana del consumo son bastante menores, y no son estadísticamente diferentes de cero. Una posible explicación está dada por las menores probabilidades de atenderse que tienen los hogares rurales, lo que se mostró en la tabla 3. La tabla 6 muestra las estimaciones realizadas considerando únicamente a los hogares que calificaban como pobres en el año base. La tabla 7, por otro lado, muestra las mismas estimaciones para los hogares que no eran pobres en el año base.

TABLA 5
ESTIMACIONES PARA EL ÁREA RURAL Y URBANA

Variable dependiente: logaritmo gasto per cápita, excluyendo gastos de salud, expresado como desviación del promedio en los dos años del panel.

Variables independientes	MÍNIMOS CUADRADOS ORDINARIOS		REGRESIÓN DE LA MEDIANA	
	Coef.	Desv. est.	Coef.	Desv. est.
Desviación de días que no pudo realizar actividades (t)	-0,0006	0,0024	-0,0067	0,0024
Desviación de días que no pudo realizar actividades (t - 1)	-0,0020	0,0025	-0,0054	0,0025
Año	0,0397	0,0091	**	0,0399
Gasto anual per cápita en el año base 1/	0,0013	0,0254	-0,0028	0,0253
Gasto anual per cápita en el año base al cuadrado 1/	-0,0004	0,0100	0,0029	0,0100
Constante	-79,64	18,32	**	18,24
ÁREA URBANA				
Variables independientes	MCO		MEDIANA	
	Coef.	Desv. est.	Coef.	Desv. est.
Desviación de días que no pudo realizar actividades (t)	-0,0027	0,0023	-0,0013	0,0021
Desviación de días que no pudo realizar actividades (t - 1)	-0,0028	0,0024	-0,0003	0,0022
Año	0,0880	0,0070	**	0,0733
Gasto anual per cápita en el año base 1/	-0,0002	0,0041	0,0000	0,0038
Gasto anual per cápita en el año base al cuadrado 1/	0,0000	0,0001	0,0000	0,0001
Constante	-176,44	13,95	**	-146,92

* Coeficiente significativamente diferente de cero al 95% de confianza.

** Coeficiente significativamente diferente de cero al 99% de confianza.

1/ En miles de soles.

TABLA 6

ESTIMACIONES REALIZADAS CONSIDERANDO SOLO A LOS HOGARES QUE CALIFICABAN COMO POBRES EN EL AÑO BASE

Variable dependiente: logaritmo gasto per cápita, excluyendo gastos de salud, expresado como desviación del promedio en los dos años del panel.

ÁREA RURAL					
Variables independientes	MÍNIMOS CUADRADOS ORDINARIOS		REGRESIÓN DE LA MEDIANA		
	Coef.	Desv. est.	Coef.	Desv. est.	Coef.
Desviación de días que no pudo realizar actividades (t)	-0,0035	0,0035	-0,0090	0,0045	
Desviación de días que no pudo realizar actividades (t - 1)	-0,0038	0,0031	-0,0071	0,0040	*
Año	0,0369	0,0116	**	0,0477	0,0151
Gasto anual per cápita en el año base 1/	0,0044	0,0924	0,0100	0,1205	
Gasto anual per cápita en el año base al cuadrado 1/	-0,0004	0,0744	-0,0023	0,0967	
Constante	-73,9410	23,1668	**	-95,6359	30,2769
ÁREA URBANA					
Variables independientes	MÍNIMOS CUADRADOS ORDINARIOS		REGRESIÓN DE LA MEDIANA		
	Coef.	Desv. est.	Coef.	Desv. est.	Coef.
Desviación de días que no pudo realizar actividades (t)	-0,0015	0,0034	0,0001	0,0025	
Desviación de días que no pudo realizar actividades (t - 1)	-0,0028	0,0033	-0,0006	0,0024	
Año	0,0769	0,0106	**	0,0589	0,0080
Gasto anual per cápita en el año base 1/	-0,0006	0,0643	-0,0083	0,0485	
Gasto anual per cápita en el año base al cuadrado 1/	0,0009	0,0367	0,0091	0,0277	
Constante	-154,2397	21,3549	**	-118,0232	16,1302

* Coeficiente significativamente diferente de cero al 90% de confianza.

** Coeficiente significativamente diferente de cero al 99% de confianza.

1/ En miles de soles.

TABLA 7

ESTIMACIONES REALIZADAS CONSIDERANDO SOLO A LOS HOGARES QUE NO CALIFICABAN COMO POBRES EN EL AÑO BASE

Variable dependiente: logaritmo gasto per cápita, excluyendo gastos de salud, expresado como desviación del promedio en los dos años del panel.

ÁREA RURAL					
Variables independientes	Mínimos cuadrados ordinarios		Regresión de la mediana		
	Coef.	Desv. est.	Coef.	Desv. est.	
Desviación de días que no pudo realizar actividades (t)	0,0025	0,0035	0,0003	0,0024	
Desviación de días que no pudo realizar actividades (t - 1)	0,0011	0,0046	-0,0051	0,0029	*
Año	0,0427	0,0151	*	0,0371	**
Gasto anual per cápita en el año base	0,0000	0,0512	-0,0001	0,0361	
Gasto anual per cápita en el año base al cuadrado	0,0000	0,0157	0,0001	0,0111	
Constante	-85,7180	30,2115	**	-74,3511	**
ÁREA URBANA					
Variables independientes	Mínimos cuadrados ordinarios		Regresión de la mediana		
	Coef.	Desv. est.	Coef.	Desv. est.	
Desviación de días que no pudo realizar actividades (t)	-0,0038	0,0033	-0,0041	0,0028	
Desviación de días que no pudo realizar actividades (t - 1)	-0,0031	0,0036	-0,0038	0,0030	
Año	0,0965	0,0092	**	0,0839	**
Gasto anual per cápita en el año base	-0,0002	0,0049	0,0000	0,0041	
Gasto anual per cápita en el año base al cuadrado	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	
Constante	-193,5916	18,4840	**	-168,1687	**

* Coeficiente significativamente diferente de cero al 90% de confianza.

** Coeficiente significativamente diferente de cero al 99% de confianza.

Los datos muestran que los problemas de salud tienen un impacto negativo estadísticamente significativo, un año hacia adelante, tanto para los hogares pobres como para los hogares no pobres del área rural. Vale la pena resaltar que a pesar de que el impacto estimado es bastante más fuerte para los hogares pobres del área rural, la diferencia entre el impacto para este grupo y el impacto para los hogares no pobres no es estadísticamente significativa.

Por otro lado, tenemos que para el área urbana se mantienen los resultados previos: no hay impactos estadísticamente significativos de los problemas de salud sobre el consumo, ya sea en el periodo actual o un año hacia adelante.

Reflexiones finales

En este documento se ha mostrado que, en el área rural, los shocks de salud afectan negativamente el nivel de consumo tanto en el periodo de ocurrencia del shock como un año hacia adelante. También se ha mostrado que este impacto se da para los hogares que calificaban como pobres y para aquellos que no calificaban como tales antes de la ocurrencia del shock.

En el área urbana, por otro lado, no se ha encontrado un impacto estadísticamente significativo de los shocks de salud sobre el consumo. Por lo tanto, los hogares del área rural son más vulnerables a los problemas de salud. Una posible explicación detrás de esta brecha entre el área urbana y rural está dada por la menor probabilidad de recibir atención médica que tienen los hogares rurales.

Por otro lado, los hallazgos sobre los efectos futuros de los shocks de salud en el área rural señalan que, en esta zona, los shocks de salud afectan los fundamentos económicos de los hogares. Los estudios que hasta ahora han analizado el impacto de los eventos inesperados sobre el consumo no habían considerado estos posibles impactos a futuro. Dada la limitación de datos, en este documento solo se ha podido analizar el impacto un año hacia adelante. Para conocer el impacto total de los problemas de salud sería necesario conocer el impacto varios años a futuro.

Como posibles mecanismos detrás del impacto futuro de los problemas de salud están: la liquidación de activos productivos o la menor disponibilidad de capital de trabajo, ambos como consecuencia de la necesidad de financiar el consumo. Por otro lado, dadas las brechas en la recepción de atención médica, es probable que para algunos hogares los problemas de la salud se hayan traducido en una menor productividad laboral varios años hacia adelante.

A pesar de que podemos tener una idea de cuáles son los factores que hacen que el impacto de los problemas de salud se prolongue en el tiempo, no conocemos a ciencia cierta cuáles de estos mecanismos han estado en funcionamiento. Aunque hay estudios que han analizado el impacto de los shocks de salud sobre la venta de ganado, no hay investigaciones que aborden el impacto sobre otros posibles factores detrás de estos resultados, como el menor capital de trabajo usado o la caída de la productividad laboral en el mediano plazo. Es importante abordar estas preguntas en tanto nos permitirán tener una idea más completa del impacto de los problemas de salud, problemas que pueden afectar gravemente el bienestar de un hogar.

Referencias bibliográficas

AGÜERO, J. y M. VALDIVIA

- 2010 "The Permanent Effects of Recessions on Child Health: Evidence from Peru". *Revista de Estudios Económicos del Colegio de México*, vol. 25, n.º 1: 247-274.

ALDANA, U.

- 2013 "Los efectos a futuro de los shocks de salud en el Perú: impactos sobre el consumo y sobre la venta de ganado". Mimeo.

CARTER, M., P. LITTLE y T. MOGUES

- 2007 "Poverty Traps and Natural Disasters in Ethiopia and Honduras. Poverty Traps and Natural Disasters in Ethiopia and Honduras". *World Development*, vol. 35, n.º 5: 835-856.

CARTER, M. y T. LYBBERT

- 2010 "Who Smooths What? Asset Smoothing versus Consumption Smoothing in Burkina Faso". Manuscrito.

CASTRO, J. F.

- 2006 Política fiscal y gasto social en el Perú: cuánto se ha avanzado y qué más se puede hacer para reducir la vulnerabilidad de los hogares. Documento de investigación. Lima: CIUP.

CHACALTANA, J.

- 2006 "¿Se puede prevenir la pobreza?". Informe final para el Consorcio de Investigación Económica y Social.

FAFCHAMPS, M., C. UDRY y K. CZUKAS

1998 Vol “Drought and Saving in West Africa: Are Livestock a Buffer Stock?”. *Journal of Development Economics*, vol. 55: 273- 305. . 55 (1998) 273-305305

HANSEN, B. E.

2000 “Sample Splitting and Threshold Estimation”. *Econometrica*, vol. 68, n.º 3: 575-603.

HODDINOTT, J.

2006 “Shocks and their Consequences Across and within Households in Rural Zimbabwe”. *Journal of Development Studies*, vol. 42, n.º 2: 301-321.

MARTÍNEZ, J. y V. MONTALVA

2008 “Estimando el impacto de shocks negativos: capacidades diferenciadas para suavizar el consumo Aplicación al caso peruano”. Informe final para el Consorcio de Investigación Económica y Social.

MINISTERIO DE SALUD-DGE

2012 *Análisis de la demanda y el acceso a los servicios de salud en el Perú*. Lima: Minsa, Dirección General de Epidemiología.

MOGUES, T. y M. CARTER

2005 “Social Capital and the Reproduction of Economic Inequality in Polarized Societies”. DSGD discussion papers 25, International Food Policy Research Institute (IFPRI).

MURRUGARRA, E. y M. VALDIVIA

2000 “The Returns to Health for Peruvian Urban Adults by Gender, Age, and across the Wage Distribution”. En W. Savedoff y T. Schultz (ed.), *Wealth from Health: Linking Social Investments to Earnings in Latin America*. Washington, D. C.: BID, pp. 151-187.

TRIVELLI, C. y S. BOUCHER

2006 “Vulnerabilidad y shocks climáticos: el costo de la sequía para los productores agropecuarios de Piura y el Valle del Mantaro”. *Economía y Sociedad*, n.º 61. Lima: CIES.

TRIVELLI, C. y J. YANCARI

2006 “Vulnerabilidad en los pequeños productores comerciales”. En C.Trivelli, J. Escobal y B. Revesz (eds.), *Pequeña agricultura comercial: dinámica y retos en el Perú*. Lima: CIES.

VULNERABILIDAD SOCIAL, SALUD Y DERECHOS SEXUALES DE ADOLESCENTES AYACUCHANOS

CARMEN YON LEAU

Este artículo resume parte de los resultados de una investigación etnográfica¹ realizada con adolescentes de barrios periféricos de la ciudad de Ayacucho que participaron de un proyecto de derechos y salud sexual y reproductiva en el periodo 2006-2009. Este estudio indaga sobre las formas en que la vulnerabilidad sexual es socialmente producida en situaciones de la vida cotidiana de estos adolescentes, así como respecto a las posibilidades y limitaciones para poner en práctica sus nuevos aprendizajes sobre derechos y salud sexual y reproductiva. La vulnerabilidad sexual alude a las desventajas que tienen los sujetos para ejercer su agencia y tomar decisiones relacionadas con el ejercicio libre y placentero de su sexualidad y su salud sexual. Específicamente, se busca analizar el modo en que las diversas formas de la desigualdad (de acceso a oportunidades y recursos) y jerarquías sociales (que organizan las relaciones de género, intergeneracionales, étnicas o culturales) generan vulnerabilidad sexual y así afectan la posibilidad de que los adolescentes puedan ejercer sus derechos sexuales y reproductivos. Entre estos últimos, se incluyen los derechos a expresar y ejercer la sexualidad sin coerción, violencia y discriminación, y sin exponerse a embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual.

Mi marco teórico se nutre de enfoques de las ciencias sociales y la salud pública que trascienden aproximaciones a la salud sexual centradas principalmente en

1. Este trabajo es parte de mi tesis doctoral en la Universidad de Columbia, Nueva York, la que contó con la asesoría del doctor Richard G. Parker. Una versión preliminar fue redactada gracias a una beca otorgada por el Instituto de Estudios Peruanos en el marco de su Programa Institucional 2009-2012: "Entre la consolidación del desarrollo y la profundización de la desigualdad".

los individuos y sus conocimientos o percepciones, las que terminan por soslayar que las prácticas sexuales son prácticas sociales y que estas ocurren en el marco de relaciones desiguales de poder, social, cultural y políticamente organizadas. Esta visión crítica se ha desarrollado particularmente en los estudios sobre las dimensiones sociales de la epidemia del VIH/SIDA, los que demuestran el imperativo de realizar intervenciones estructurales que enfrenten la desigualdad y la injusticia social, las que han sido asociadas casi universalmente a la mayor vulnerabilidad frente a la epidemia (Parker y Aggleton 2012: 24-25). Mi estudio expande este enfoque para comprender otros ámbitos de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en la ciudad de Ayacucho, y particularmente de las adolescentes mujeres, con las que logré una mayor empatía y profundización.

Entre mediados de 2008 e inicios de 2010, realicé observación participante en diversos espacios públicos donde interactúan los participantes de mi estudio y otros adolescentes en la ciudad de Ayacucho (por ejemplo, calles, parques y canchas deportivas), lugares de diversión, escuelas, espacios de trabajo y en las viviendas a las que fue posible acceder. Asimismo, entrevisté a veinte informantes clave (incluyendo a maestros, proveedores de salud, promotoras de ONG y el responsable de la Demuna) y a cuarenta adolescentes de 15 a 19 años (veinte mujeres y veinte hombres), entre promotores juveniles y participantes de actividades promovidas por ellos sobre salud sexual y reproductiva. Los nombres de los entrevistados y otros datos que podrían permitir identificarlos han sido cambiados u omitidos para mantener la confidencialidad de esta información. Por razones de espacio, en este texto no analizaré el proyecto de salud sexual y reproductiva en que participaron los adolescentes, así como las políticas estatales en estos temas, las que son escasas y han tenido importantes obstáculos para su implementación (véase, por ejemplo, Ministerio de Educación 2008). Sin embargo, los hallazgos que aquí se presentan sugieren algunas de las limitaciones estructurales que enfrentan las intervenciones para disminuir la vulnerabilidad sexual de los adolescentes en contextos de inequidad social y pobreza.

En su mayoría, los adolescentes que fueron parte de este estudio son migrantes de segunda generación y algunos de ellos son migrantes de primera o tercera generación. Sus padres nacieron en otras provincias de Ayacucho o de departamentos que lo limitan, como Huancavelica, Apurímac o Cusco. Algunos llegaron desplazados por la violencia política y otros, por razones económicas o laborales. Se asentaron en el distrito de San Juan Bautista, Carmen Alto o en los barrios periféricos del distrito de Ayacucho, donde nacieron la mayor parte de mis entrevistados. Los adolescentes que me brindaron sus testimonios nacieron entre 1990 y 1993, y si bien sufrieron las consecuencias de la guerra interna (como el empobrecimiento y desarticulación de su familia), crecieron cuando ya habían

pasado los peores momentos de esta. Estos chicos y chicas pueden ser descritos con las categorías de “incluidos-excluidos” o de “conectados-desconectados” que propone García Canclini (2004). Son nuevos huamanguinos que, con algunas excepciones, han accedido a la educación secundaria o se preparan para ingresar a la universidad o un instituto de educación superior. Como ya lo notaba Huber (2002) a inicios del presente milenio, los jóvenes huamanguinos están expuestos y conectados a una creciente oferta de productos de consumo, imágenes y comunidades de un mundo globalizado. La cultura del consumo se ha expandido notoriamente entre los adolescentes pese a que Ayacucho sigue siendo una de las regiones más pobres del país. Mis informantes se visten a la moda o buscan hacerlo, y están al tanto de los celulares, computadoras, juegos electrónicos y motos. Ellos son parte de la primera generación que ha crecido cuando se masificó Internet en la ciudad de Ayacucho. Además, como un resultado del trabajo de las ONG del que participan, el discurso de derechos y de la prevención de los embarazos no deseados y las ITS no les es ajeno; y por diversas influencias y cambios generacionales, las chicas están en contra del machismo. A la vez, estos adolescentes raramente acceden a los bienes que quisieran y dan prestigio entre sus pares. Salvo excepciones, sus ocupaciones se ubican dentro de las menos remuneradas o de menor estatus (por ejemplo, cobradores de transporte público o trabajadoras del hogar), y para quienes logran culminar estudios superiores, los retornos económicos de estos se prefiguran limitados.² Además, sufren diferentes formas de violencia familiar y juvenil (véase Strocka 2008), y varios de ellos han sido discriminados por tener marcas indígenas o rurales (por ejemplo, hablar con interferencia del quechua), ser serranos o ayacuchanos (“ayacuchanos terrucos”).

Las formas de integración y conexión de estos adolescentes con mecanismos de movilidad social y prestigio locales, así como con los que ofrece el mundo globalizado, tienen un costo que contribuye a su vulnerabilidad social y sexual. Dadas las pocas oportunidades laborales de estos adolescentes y escasos ingresos de sus familias, el acceso a la educación formal como a bienes de consumo, signos de modernidad o incluso de rebeldía, termina siendo una motivación lo suficientemente valiosa que contribuye a colocarlos en situaciones de vulnerabilidad social y algunas veces a disuadirlos de poner fin a situaciones de

2. Belaunde y colegas muestran, a partir de un análisis de la Enaho, que la población con estudios superiores (más en el caso de quienes estudiaron en la universidad) tiene mayores ingresos que los individuos con otro nivel educativo. Pero a la vez dan cuenta de enormes contrastes entre Lima Metropolitana (la capital), el resto urbano del país y las zonas rurales. Según esta misma investigación, quienes completan la educación universitaria, que son quienes logran mayores retornos por sus estudios, están sobre todo en Lima, donde si bien se concentra un tercio de la población del país, viven más de la mitad de los profesionales universitarios en el Perú (Belaunde et ál. 2011: 11-12).

vulnerabilidad sexual. Este es el caso, por ejemplo, de los adolescentes que van a trabajar en el cultivo de la coca al Valle de los ríos Apurímac, Ene y Mantaro (Vraem) durante sus vacaciones para pagar su matrícula de la academia preuniversitaria, ayudar económicamente a su familia o adquirir bienes de consumo asociados a la modernidad y el prestigio social. Asimismo, las inequidades y jerarquías sociales de género que sancionan la agencia sexual de las adolescentes terminan produciendo vulnerabilidades y riesgos. Un ejemplo es el de las adolescentes que para sortear normas parentales y formas de desprestigio social deben salir a divertirse o encontrarse con sus amigos o pareja de manera oculta y exponerse a otros riesgos. Es importante recalcar que estas son situaciones bastante complejas, que no obedecen a una sola motivación o circunstancia, pero queremos resaltar aquí la paradoja de las formas de agencia, inclusión y conexión de quienes están a la vez subordinados, desconectados o excluidos de oportunidades educativas y económicas, o del reconocimiento social de sus derechos a ejercer su sexualidad de manera placentera, libre, sana y responsable.

Marco conceptual

La producción social de la vulnerabilidad sexual

El marco conceptual de esta investigación se sustenta en estudios antropológicos que combinan enfoques del constructivismo social y la economía política para estudiar la sexualidad y la salud sexual y reproductiva, atendiendo además a las complejas dinámicas entre las culturas locales y la globalización (por ejemplo, Farmer 1992, 1996 y 2003; Hirsch 2003; Hirsch et ál. 2007, 2009; Parker 1999, 2000; Parker y Aggleton 2012; Padilla 2007). Los autores de estos estudios desarrollan conceptos como violencia estructural y vulnerabilidad social, que ayudan a entender cómo la economía política, las inequidades sociales u otras formas de violencia estructural contribuyen a explicar las limitantes para tomar decisiones y expresarse sexualmente, así como situaciones de riesgo sexual. Desde esta aproximación a la salud sexual, se propone dejar el énfasis en la conducta individual de riesgo y estudiar los contextos sociales, culturales y de la economía política que generan la vulnerabilidad de los individuos y grupos para enfermar o estar más expuestos a los riesgos sexuales. Cabe destacar que lejos de proponer un análisis de causa-efecto entre las estructuras sociales y la salud y derechos sexuales de las personas, se plantea una lectura compleja que contempla las múltiples relaciones entre cultura y poder, así como diversos procesos sociales relacionados con la globalización, la exclusión social, la explotación económica, la discriminación

étnica, las inequidades de género y el estigma y la discriminación sexual (Parker y Aggleton 2003).

Los aportes antes descritos dialogan con aquellos que se han desarrollado en el ámbito de la salud pública (especialmente desde la epidemiología y la medicina social) para distinguir el riesgo epidemiológico y la vulnerabilidad social (Mann y Tarantola 1996, Ayres 1997, De Pauw 2004) en el marco de los estudios y el activismo relacionados con el VIH/SIDA. El riesgo epidemiológico se define como la probabilidad de los individuos de enfermar o morir asociada a ciertos comportamientos, situaciones o características. De otra parte, la vulnerabilidad social alude al conjunto de estructuras o condiciones sociales que fragilizan a grupos o individuos, disminuyendo su capacidad de respuesta o afrontamiento. En ese sentido, se plantea que la vulnerabilidad social es un indicador de la inequidad y la desigualdad social que antecede al riesgo y determina los diferentes riesgos que sufren los sujetos (Ayres 1997, Nichiata et ál. 2008). Así, se puede decir que el concepto de vulnerabilidad social es una herramienta teórica para vincular manifestaciones específicas de la desigualdad o discriminación social —como las relacionadas con la distribución de recursos o la posición social en una estructura jerárquica de relaciones— con la mayor fragilidad o exposición de los individuos o grupos a sufrir determinados daños y, por ende, con una menor posibilidad de ejercer sus derechos como seres humanos. Siguiendo esta perspectiva, en este artículo se analizan las formas en que la vulnerabilidad social facilita la vulnerabilidad sexual, incrementando la probabilidad de abuso sexual y el riesgo de tener un embarazo no deseado o adquirir una infección de transmisión sexual.

Finalmente, retomo las contribuciones de los estudios y políticas para enfrentar la pobreza,³ los que aportan en la identificación de los activos y estrategias de los individuos y familias en situaciones de vulnerabilidad que son afectados tanto por factores meso (instituciones y organizaciones) como macro (estructura social, patrón de desarrollo). En este sentido, quiero resaltar que el estudio de la vulnerabilidad social —como de la pobreza— recupera también la agencia de los sujetos, que no son vistos como víctimas totalmente desempoderadas, sino que más bien se parte por suponer que pese a todo hay un uso de resquicios para enfrentar limitaciones estructurales (Bebbington et ál. 2011: 58).

3. El enfoque de la vulnerabilidad social se alimenta de la teoría de la marginalidad social desarrollada en Latinoamérica en los años sesenta y setenta, el concepto de la exclusión social que se discute durante los años ochenta y noventa, y la teoría del desarrollo de capacidades del economista indio Amartya Sen (Busso 2001).

Teoría de la práctica y agencia en situaciones de vulnerabilidad

Los aportes de la antropóloga Sherry Ortner a la teoría de la práctica (Ortner 1996, 2006) son particularmente útiles para analizar la agencia de los adolescentes en las situaciones de vulnerabilidad que enfrentan. La teoría de la práctica permite trascender una visión dicotómica de los sujetos como totalmente autónomos o completamente determinados por las estructuras sociales y culturales, y a la vez aborda su capacidad de actuación en el marco de las estructuras en que se encuentran insertos. Se trata de recuperar al sujeto intencional (con intención y deseos) y la agencia humana en el contexto y condiciones de su actuación y elaboración simbólica, en el marco de sus redes sociales y condiciones materiales, y desde su posición social en las jerarquías sociales y sistemas de prestigio. De este modo, se busca superar la oposición binaria estructura/agencia, para asumir el reto de capturar las complejas relaciones entre las subjetividades de los agentes y sus prácticas, y las limitaciones estructurales sociales y culturales (Ortner 2006: 129).

Este estudio contribuye de modo específico a la literatura antropológica que explora las diferentes formas de agencia de los adolescentes y las entiende en sus propios términos y contextos. Así, se aleja de los enfoques que colocan a los adolescentes en los extremos de ser víctimas de las estructuras sociales sin ninguna capacidad de respuesta o constituir ellos mismos un peligro social (Amit-Talai y Wulff 1995, Stephens 1995, Sharp 2002, Bucholtz 2002). Si bien los adolescentes están insertos en estructuras sociales que limitan su capacidad para tomar decisiones y los hacen vulnerables frente a embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual o abuso sexual, son también sujetos con intenciones propias, con un cierto margen de juego y capacidad para desarrollar prácticas y perspectivas alternativas.

Situaciones de vulnerabilidad social y sexual en la vida cotidiana de adolescentes ayacuchanos

La atención de este estudio se centra en las situaciones de vulnerabilidad social que afectan la salud y los derechos sexuales de adolescentes que habitan en barrios periféricos de la ciudad de Ayacucho. Estas situaciones se relacionan con su posición social en jerarquías sociales de edad, género y étnicas, así como con el acceso diferenciado a oportunidades y bienes materiales y simbólicos, entre otros activos valiosos.

A continuación, analizaremos situaciones de vulnerabilidad social asociadas a la vulnerabilidad sexual de los adolescentes que ocurren en varios ámbitos de su

vida cotidiana: el hogar, el ámbito laboral y los espacios de diversión y encuentro entre pares.

Situaciones de abuso sexual en el hogar

Cuatro de las veinte adolescentes entrevistadas narraron historias de abuso sexual pasadas y presentes. Estas historias tienen similitudes con los casos relatados por informantes clave de la Defensoría Municipal del Niño y del Adolescente (Demuna) y miembros de ONG que trabajan con niños y adolescentes en Ayacucho, así como con los que se registran en otros lugares del mundo. Un aspecto en común de estas historias es que los agresores sexuales eran familiares u otras personas conocidas por las adolescentes o sus familias. Una particularidad de los casos estudiados es que se trata de adolescentes que fueron parte de un proyecto de derechos y salud sexual y reproductiva como promotoras o participantes, donde ellas abordaron directamente el tema del abuso sexual y cómo enfrentarlo. A continuación, analizaré las estructuras sociales y construcciones culturales que contribuyen a situaciones de vulnerabilidad sexual y limitan la agencia de estas adolescentes que sufren situaciones de abuso sexual. Veremos que estas situaciones se configuran por lógicas culturales de protección y riesgo, y jerarquías de género, así como por las oportunidades y relaciones sociales que subyacen a la dependencia económica de las madres.

Lo que encubre la geografía de riesgo y protección

Miriam no sale de su asombro cuando me dice “nunca pensé que mi propio tío me hiciera eso”, al narrarme que este entró al dormitorio y se acercó para besarla en la boca. Un primer elemento que constituye las situaciones de vulnerabilidad que enfrentan estas adolescentes es que los abusos sexuales son cometidos por personas y en espacios considerados confiables por ellos y sus familiares. Más aún, se trata de adultos vinculados a su protección y cuidado, por lo que las chicas no sospecharon de sus intenciones de estar a solas con ellas o de su proximidad física.

La vulnerabilidad al abuso sexual se encuentra vinculada también a una geografía del riesgo y la protección que subyace a las normas de padres y maestros, que reiteradamente relacionan la casa con el cuidado y la regulación de la conducta y la calle, con el riesgo y la ausencia de frenos. Estas asociaciones no se corresponden siempre con la realidad, pero los adultos consideran que los casos de abuso sexual cometidos por familiares son excepcionales y ocurren debido a la “depravación sexual” o alguna patología mental, la ausencia total de valores o

estados de embriaguez. De otra parte, vincular el riesgo sexual a los familiares, especialmente a los padres, desestabilizaría el orden moral y la estructura de roles en la que los padres son cuidadores de los hijos y tienen autoridad sobre ellos. Asimismo, se cuestionaría una estructura de autoridad de otros miembros de la familia que se sustenta en la edad, por asociar a esta mayor experiencia y la posibilidad de ayuda y protección, mientras que se espera respeto y obediencia por parte de niños y adolescentes. Estas expectativas y estructuras de relación social no dependen solo de la consanguinidad, sino de los roles parentales, pues se espera lo mismo de padrastros y madrastras: protección y autoridad.

Inequidad de género en el acceso a poder y recursos

Otro elemento que aporta a situaciones de vulnerabilidad social y sexual es la estructura de las relaciones de género que coloca a los hombres en una posición de dominio y autoridad frente a las mujeres. Dos preocupantes manifestaciones de las relaciones de poder de género en Ayacucho (como en otros lugares del mundo) son la violencia familiar y la sexual contra las mujeres. La totalidad de los 1440 casos de violencia familiar denunciados en el año 2010 en el departamento de Ayacucho corresponden a mujeres, indicándose en la mitad de los casos que estos fueron motivados por problemas conyugales o familiares. También, se registraron 9 casos de feminicidio: 6 de los asesinatos fueron cometidos por el cónyuge y 3 por otros familiares. En este mismo año, 149 de las 151 denuncias por violación sexual de menores de 18 años tenían como víctimas a niñas y adolescentes (INEI 2011). Las cifras existentes para años anteriores mantienen similar proporción en Ayacucho y en los otros departamentos del Perú, donde el 93% de las denuncias por violación sexual recibidas por la Policía Nacional entre el año 2000 y 2009 corresponden a mujeres (Mujica 2011). Sin embargo, no se descarta que haya una subestimación del número de casos de violación sexual de adolescentes y niños varones, cuyas denuncias no se realizan debido al temor de que sean estigmatizados o cuestionados respecto a un patrón de masculinidad heterosexual y de ejercicio del poder y la fuerza.

Los casos estudiados sugieren que las ventajas de los hombres para imponer formas de autoridad y dominio frente a su pareja conyugal y sus hijos se acrecientan en situaciones de mayor dependencia económica. Esta dependencia es favorecida por la pobreza y las desigualdades de género en el acceso a la educación y los ingresos monetarios. En este contexto, la denuncia del abuso (posibilidad de la que conocen bien las adolescentes entrevistadas) y la probable separación de la madre del agresor son vistas por las adolescentes como una seria amenaza

a la economía familiar y al acceso a bienes materiales valiosos o necesarios para ellas, así como a las oportunidades futuras de seguir estudiando. Así, el grado de dependencia material del agresor de las adolescentes o su familia incrementa su vulnerabilidad a la continuidad del abuso.

Dos de las entrevistadas fueron abusadas por su padrastro, quien en ambos casos es el principal proveedor del hogar. Una de ellas es Maribel, una adolescente de 16 años que fue víctima de tocamientos cuando tenía aproximadamente 10 años y vivía con su madre en la casa de su padrastro. Maribel tuvo vergüenza de hablar de lo sucedido con su madre, pero cuando ocurrió la segunda vez y hubo un intento de violación, lo que la frenó fue el miedo de no tener dónde vivir ni qué comer, pues su padrastro la amenazó con echarla de la casa o abandonar a su madre si ella se lo contaba. El papá de Maribel estaba en ese entonces en la cárcel, por lo que dependía totalmente de su madre y su nueva familia. Maribel no se liberó del abuso, el miedo y el asco que le daba su padrastro durante los largos meses que vivió con su madre. Durante el periodo que hice el estudio, ella vivía con su padre y temía que su tío, que vive cerca de su casa y es parte de sus redes de soporte económico, abuse de ella cuando su padre viaja a Lima por trabajo.

Otra de las entrevistadas, Chabela, de 17 años, fue víctima de tocamientos por parte de su padrastro cuando tenía 16 años. Ella afirmó que no había vuelto a ocurrir recientemente, pero que tenía el constante temor de que la situación se repita. Chabela no se atreve a hablar del tema con su madre porque tiene miedo de que si se lo dice se separe de su padrastro o lo denuncie, y ella y sus hermanas menores pierdan el apoyo económico que este les ofrece. Antes de que su madre se uniera a su padrastro, no tenía dinero suficiente para la alimentación, el pago de servicios y menos aún para comprarles ropa nueva a sus hijas o pagarles una academia preuniversitaria, como ahora sí.

Esta dependencia material del proveedor varón se observó tanto en los casos de las adolescentes más pobres como de las que se encuentran en una situación menos precaria, considerando el ingreso de sus padres, las condiciones de su vivienda y el acceso a servicios básicos. Aunque los montos o bienes que les proveen sus agresores varían en cuanto a su costo económico, en todos los casos se trata de bienes u oportunidades valorados por las adolescentes por permitirles cubrir necesidades básicas o estar asociados con mayor prestigio o posibilidades de progreso, como la ropa, la televisión, un celular o el pago de gastos de educación. Estaríamos así ante una suerte de intercambio obligado que se configura por las relaciones de poder de género y generacionales, las inequidades de género para acceder a oportunidades económicas y educativas que enfrentan las madres de las adolescentes, la pobreza y las jerarquías de prestigio social relacionadas con el consumo.

Elecciones socialmente organizadas

Las adolescentes no son víctimas desprovistas de toda agencia, pero, teniendo muy pocas o limitadas opciones, deben optar entre riesgos y costos diferentes. Los costos de callar y no denunciar el abuso sexual son miedo, vergüenza, zozobra, asco y el temor de quedar embarazadas, entre otros. De otra parte, las adolescentes entrevistadas saben muy bien cómo y dónde denunciar a un agresor sexual; esta es una “opción” que no han puesto en práctica pero que conocen dada su participación en los talleres de la ONG y la información que en algunos casos les dieron en su colegio. Una razón principal por la que estas adolescentes no denuncian a sus agresores es no perder parte importante de sus activos sociales o capital social, ya que los hombres que representan o han representado una amenaza contra ellas son también quienes aportan ingresos económicos al hogar y ofrecen protección frente a amenazas externas y diversos apoyos en caso de emergencias. Las adolescentes y sus madres obtienen sus propios ingresos, pero debido a que las mujeres y las menores de edad acceden a trabajos con una peor paga que los hombres adultos, lo que ellas pueden ganar es insuficiente y menor de lo que sus padres o padrastros aportan. Aquellas adolescentes que viven con su madre y padre refieren que los ingresos de su madre son solo complementarios a los de su padre, no solo porque sus trabajos son peor pagados que los de su padre, sino porque sus madres no pueden trabajar a tiempo completo, ya que a la vez tienen que encargarse del trabajo reproductivo no pagado. Además, estas chicas temen ser estigmatizadas y avergonzadas después de denunciar el abuso sexual. Es por ello que ninguna de las adolescentes considera denunciar al agresor como una real opción.

La noción de “opción” o “elección” merece una cuidadosa discusión, particularmente cuando las alternativas son escasas o nulas debido a su alto costo (económico, social o emocional). El análisis de los casos estudiados me lleva a insistir en una reformulación del concepto de “opción” o “elección”, entendiéndolo como un acto socialmente organizado y culturalmente enraizado, lo que se opone a una acción que depende enteramente de los individuos y su racionalidad (Kabeer 1999). Callar y no denunciar el abuso sexual sería una opción socialmente organizada. El silencio de las adolescentes podría ser considerado también un “silencio compartido” (Sheriff 2000) por las adolescentes y sus familias para evitar las consecuencias morales y económicas del abuso sexual. Este tipo de silencio “es tanto una consecuencia como un índice de una distribución inequitativa del poder” (Sheriff 2000: 114, traducción mía).

Las adolescentes que me confiaron sus historias se sintieron obligadas a callar para evitar riesgos sociales significativos: poner en serio peligro la economía

familiar y la gran vergüenza que significa admitir el abuso sexual sin la seguridad de ser apoyada y no estigmatizada o culpada. Por esta razón, ellas optaron por tratar de escapar de sus agresores mediante estrategias que no fueran confrontacionales o explícitas. Las adolescentes buscaron apelar a sus otros activos sociales, como hermanastras o abuela, para no permanecer bajo el mismo techo o cuando menos estar lejos de sus agresores. En estos casos, las adolescentes piensan que sus familiares, y especialmente sus madres, sospechaban que algo malo sucedía con sus agresores, pero habrían preferido no creer o no hablar sobre este tema con ellos.

Como Kabeer (1999) señala, es importante analizar las formas en que el poder impregna las “elecciones” y calificarlas de acuerdo con ello. Una conceptualización de la elección como socialmente organizada permite una mejor comprensión de las razones por las que las adolescentes no denuncian el abuso sexual pese a que saben dónde y cómo denunciar, y aún más, dos de ellas enseñan a otras adolescentes al respecto en su papel de promotoras de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Aplicar el discurso de los derechos sexuales y reproductivos en la vida de las adolescentes implicaría un nivel de autonomía, agencia individual y apoyo social e institucional que ellas realmente no poseen. Por esa razón, estas jóvenes no consideran la denuncia del abuso sexual como una real opción. Las relaciones de poder organizadas en torno al género y la edad no solo limitan la capacidad de las adolescentes de tomar decisiones, sino que alientan sus temores e influyen en sus puntos de vista acerca de estas opciones, así como limitan la capacidad de sus madres para apoyar a sus hijas o velar por ellas frente al abuso de sus parejas.

Situaciones de vulnerabilidad en el ámbito laboral

Todos los adolescentes que participaron en el estudio tenían experiencia laboral, pero su necesidad de trabajar era diferente de acuerdo con los ingresos familiares y redes de apoyo con los que contaban, siendo importante la presencia de ambos padres o tener familia extensa en Ayacucho, Lima u otros lugares del Perú. Así, algunos requerían trabajar permanentemente en lo que fuera, y a otros les bastaba laborar temporalmente, pudiendo ayudar a sus padres en pequeños negocios familiares en sus ratos libres o dejar pasar un tiempo hasta conseguir mejores oportunidades de trabajo en Ayacucho o fuera, gracias a los contactos de sus redes sociales.

En general, las condiciones laborales son desventajosas para la mayoría de la población económicamente activa ayacuchana (Li 2009), pero lo son aún más

para los adolescentes, ya que tienen menos opciones de negociar por su menor experiencia o capacitación. Aquí referiremos dos ámbitos en los cuales trabajan los adolescentes y en los que se configuran situaciones de vulnerabilidad social asociadas a riesgos sexuales y otros: el trabajo doméstico en el caso de las mujeres y el trabajo en el cultivo de la hoja de coca en el de los adolescentes hombres. En el primer caso, se presentan situaciones de acoso y abuso sexual facilitados por las precarias condiciones laborales en que se realiza el trabajo doméstico, así como por las arbitrariedades que se justifican socialmente por la discriminación étnica de quienes lo ejercen y el bajo estatus asignado a esta labor. En el segundo caso, se trata de riesgos sexuales (principalmente, las posibilidades de contraer infecciones de transmisión sexual y el VIH) vinculados a la organización de una creciente oferta de venta de alcohol y comercio sexual en las zonas de producción de coca ubicadas en el Vraem, donde laboran niños, adolescentes y jóvenes que habitan allí, pero también aquellos que migran estacionalmente de barrios periféricos de Ayacucho y otros lugares aledaños (véase Unicef 2006, García et ál. 2008).

Las entrevistadas que laboran como trabajadoras del hogar son las que están en una situación de mayor pobreza económica, y ellas o sus familias proceden de zonas rurales. No cumplir con la “apariencia” solicitada para, por ejemplo, ser vendedoras o meseras en ciertos restaurantes les dificultó ser admitidas en otros trabajos donde se presentaron y hubieran preferido trabajar. El acoso y abuso sexual que enfrentan ocurre en el contexto de una relación de subordinación y discriminación entre patronos y empleadas, en la que se intersectan jerarquías de clase y género con formas de discriminación racial y cultural (véase Portocarrero 1993, Mick et ál. 2011). Estas últimas tendrían sus antecedentes más lejanos en el orden colonial, y continúan siendo recreadas a través de diversos modos de discriminación social y cultural entre adolescentes y jóvenes en la ciudad de Ayacucho (véase García 2001, Oliart 2010, Strocka 2008, Zavala y Córdova 2010). Es en el marco de esta relación profundamente desigual en la que constantemente se les hace sentir a las trabajadoras del hogar que su palabra, trabajo, orígenes y cultura tienen menor valor que los de sus empleadores. Aunque las trabajadoras del hogar entrevistadas han reflexionado sobre el abuso sexual con sus profesoras o compañeras y están enteradas de cómo enfrentarlo legalmente, no lo han hecho por el convencimiento de que desde su posición social no serían escuchadas, sino que más bien podrían sufrir otras situaciones humillantes al atribuírseles la provocación de sus agresores. Como dos de las participantes de los talleres en salud reproductiva indican, ellas desean conseguir otro tipo de trabajo porque “trabajando en casa, siempre te humillan”. El trabajo que realizan las hace más vulnerables a los abusos sexuales por tres situaciones que se retroalimentan: la desvalorización social de este; la posición subordinada de las trabajadoras del

hogar en jerarquías de raza, etnia, género y clase social; y el confinamiento de estas trabajadoras en la casa del empleador, donde muchas de ellas trabajan “cama adentro” y sin límite preciso de su jornada de trabajo.

El cultivo de coca en el Vraem es un ámbito en que trabajan los adolescentes varones y se configuran situaciones de vulnerabilidad social y sexual. La migración estacional laboral de los adolescentes, como de otros miembros de la familia, es parte de una estrategia económica complementaria que realizan muchas familias de los distritos ayacuchanos de San Juan Bautista y Carmen Alto desde que se asentaron en estos lugares (Caballero et ál. 1995). La mitad de los adolescentes entrevistados indicaron que su familia depende del trabajo agrícola estacional para completar su ingreso familiar, aunque este no siempre está relacionado con el cultivo de la coca. La necesidad de buscar trabajo fuera de la ciudad de Ayacucho se hace imperiosa para muchos adolescentes y jóvenes debido a la falta de oportunidades laborales y la baja remuneración que perciben. A esto se agregan formas de prestigio e integración social fuertemente ligados al acceso a bienes y servicios modernos que se difunden local y globalmente y generan formas de identidad y diferenciación entre pares y grupos de adolescentes (véase Huber 2002, Oliart 2010). Varios de los adolescentes varones indicaron que este trabajo que realizan les permite cubrir gastos de educación y ayudar a solventar algunos gastos familiares, a la vez que comprar ciertas ropas, aparatos electrónicos u otros objetos que de otro modo les serían inaccesibles. Para los adolescentes que trabajan en el Vraem, los riesgos sexuales se suman a otros riesgos para su salud y su vida. En los bares de la zona se ha organizado una oferta de servicios sexuales de adolescentes que laboran allí por voluntad propia o son traídas con engaños de las zonas rurales u otros lugares aledaños. Según los chicos entrevistados, el uso de preservativo es poco frecuente o inconsistente, por lo que tanto las trabajadoras sexuales como sus clientes estarían expuestos al contagio de las ITS y el VIH.⁴ Para los entrevistados, ir al “prostibar” semanalmente es algo que se les plantea prácticamente como “inevitable” estando en el Vraem. Los adolescentes aluden a las pocas opciones para distraerse y disiparse luego de la jornada de trabajo, la lejanía de familiares y amigos, la disponibilidad de dinero y la oferta de trabajadoras sexuales en los bares

4. La mayoría de casos de VIH y SIDA en el Perú se encuentran en los departamentos más densamente poblados de la costa y selva, con una concentración del 62% de los casos de VIH y el 72% de los casos de SIDA en el departamento de Lima y la Provincia Constitucional del Callao en el periodo 1983-2012 (Minsa-Dirección General de Epidemiología 2013). En Ayacucho se han identificado un total de 169 casos de VIH y 84 de SIDA hasta diciembre de 2012. Sin embargo, aún no sería posible evaluar el impacto del trabajo sexual clandestino, la trata de mujeres adolescentes y la migración estacional al Vraem en los indicadores de salud sexual de Ayacucho, especialmente por lo relativamente reciente de estos procesos, así como por el subregistro de los casos de VIH.

donde concurren, la presión de sus pares y lo que denominan “la propia naturaleza masculina” asociada a una irrefrenabilidad del deseo sexual.

Oportunidades laborales y agencia sexual según género

La escasez de oportunidades económicas genera vulnerabilidades y riesgos tanto para los adolescentes hombres como para las mujeres de menores ingresos, pero de diferentes maneras. Las oportunidades laborales para los adolescentes de la ciudad de Ayacucho reproducen la organización social del espacio según género (la casa como espacio femenino y la calle como espacio masculino) y configuran las situaciones de vulnerabilidad sexual que enfrentan estos jóvenes. Esto, a su vez, reproduce la desigualdad de género en lo que respecta al reconocimiento de la agencia sexual de los adolescentes. En el caso de las trabajadoras domésticas, en su mayoría mujeres, su agencia sexual no se reconoce o es significativamente limitada por su posición subordinada en las jerarquías de género, etnia y clase social que determinan la relación entre una “muchacha” y su “patrón”. Sus derechos sexuales son apenas reconocidos, ya que son consideradas y tratadas como ciudadanas de segunda clase que viven y duermen en la misma casa. A pesar de todo, las posibilidades de estas chicas para enfrentar los abusos sexuales son mayores que en el caso de las que son abusadas por miembros de la familia en el hogar familiar. Las trabajadoras del hogar entrevistadas fueron capaces de, finalmente, denunciar a sus agresores sexuales frente a sus empleadoras (aunque no lo hicieron legalmente) y de escapar definitivamente de ellos. Esta diferencia tendría que ver con el hecho de que las relaciones con sus empleadores no estaban mediadas por la dependencia y protección parental, el apoyo económico o el afecto (más allá del que puede proveerles un empleo entendido como temporal), y, por lo tanto, fueron capaces de hablar con menor temor y vergüenza sobre el abuso sexual.

En el caso de los chicos, las situaciones de vulnerabilidad sexual en las zonas de producción de coca implican a la vez oportunidades y riesgos sexuales, la presión de grupo y el ejercicio de su agencia sexual. La noción de “estructura de oportunidades sexuales” (Hirsch et ál. 2009) es relevante para entender cómo los patrones de género de la migración laboral incrementan las oportunidades de los adolescentes ayacuchanos para combinar el consumo de alcohol y tener relaciones sexuales con trabajadoras sexuales. Al igual que en otros contextos similares de migración laboral, la estructura de trabajo en las áreas de producción de coca facilita oportunidades sexuales para hombres jóvenes debido a la cantidad de parejas disponibles, el espacio para encontrarse con esas parejas y tiempo por el que no se rendirá cuentas ante la familia y conocidos (Hirsch et ál. 2009: 201).

Situaciones de vulnerabilidad en espacios de diversión

Las normas establecidas por los padres, las sanciones sociales y las disposiciones municipales que prohíben el ingreso de menores a lugares de diversión organizan de modo importante el espacio físico y social en que los adolescentes pasan su tiempo libre, conocen a potenciales parejas y tienen encuentros eróticos o sexuales. Se asume que la casa y la presencia de los familiares ofrecen protección a las mujeres, mientras que los peligros se encuentran fuera de esta. El argumento es que las chicas están más expuestas que los chicos a peligros en la calle y en particular en los espacios de diversión. Los peligros imaginados y reales, a juzgar por los casos que se conocen, incluyen la posibilidad de ser asaltadas por pandilleros, los embarazos no deseados y las habladurías de las personas. Estas últimas se vinculan con la estrecha relación que se hace entre una mujer digna o decente y “una chica de su casa”. Ello no significa que los chicos no enfrenten riesgos en las calles, sobre todo considerando que los protagonistas de las peleas callejeras y los heridos que llegan al hospital son mayormente hombres. Sin embargo, lo que marca una diferencia de género importante en las normas y temores paternos es el repetido dicho de que “las chicas tienen más que perder”, en alusión a que en el caso de las mujeres los riesgos sexuales están más fuertemente ligados a los “riesgos sociales” (Chapman 2006) que afectan la posición social de las adolescentes en las jerarquías de género, las que les otorgan mayor o menor valor de acuerdo con su comportamiento sexual. Pese a que hay diferencias entre adultos y adolescentes,⁵ la regulación de la sexualidad de las mujeres es para ambos una dimensión importante del prestigio social y capital moral de las adolescentes mujeres. En la experiencia de las adolescentes, la autorregulación de su sexualidad tiene un peso significativo en la negociación con la pareja o futura pareja para exigir respeto y fidelidad en condiciones de mayor equidad.

Una consecuencia de la división de espacios de protección (casa) y riesgo (calle) en las normas y discursos de los padres y otros adultos es la estructuración de una suerte de geografía de restricciones (casa) y libertad relativa (calle) para los adolescentes. A la vez, esta geografía demarca ámbitos de riesgo social y tiende a invisibilizar los riesgos de otro tipo, como los sexuales y de seguridad. Ocultarse

5. Instituciones como la familia, las iglesias y la escuela insisten mayormente en un control estricto de la sexualidad de las adolescentes, que prácticamente niega el ejercicio de su sexualidad. Entre las adolescentes se encuentra una mayor heterogeneidad de pensamiento y práctica. Varias de ellas cuestionan discursos dicotómicos sobre chicas vírgenes, dignas o “de su casa” y “zorras” o “fáciles”, pero apelan a una suerte de autorregulación estratégica de su sexualidad como un modo de agencia sexual que les permitiría ser más valoradas por los chicos o tener mayor poder para negociar relaciones de género más equitativas con su futura pareja estable.

de los adultos y encontrarse en lugares clandestinos, solitarios o alejados acaba configurando situaciones en las que los adolescentes, muchas veces, se exponen a peligros que sus padres pretenden evitar, como ser víctimas de asalto y violación sexual, tener accidentes o ser capturados por el serenazgo y la policía. En el caso de las mujeres, las desigualdades de género que estructuran la división de los espacios sociales permitidos/prohibidos para los adolescentes y la normatividad sobre su sexualidad incrementan su vulnerabilidad frente a riesgos sociales, como ser descubiertas, juzgadas y sancionadas. Estos riesgos sociales terminan eclipsando los riesgos sexuales u otros peligros en la preocupación de las chicas, aun de las más informadas, como son las promotoras juveniles.

Los peligros de ocultarse del control social adulto o de familiares en áreas alejadas o solitarias son bien ilustrados por el caso de Mónica, una chica de 16 años que asistió a algunos video-foros organizados por las promotoras juveniles. Ella se veía con su enamorado a escondidas de su madre, quien es madre soltera y vende en el mercado, y no quiere que su hija tenga el mismo futuro que ella, sin educación formal y con cinco hijos a costas que no puede mantener. Mónica vivía ocultándose de parientes o conocidos de su madre, y solo podía reunirse con su enamorado en lugares lejanos a su casa, fuera del itinerario de sus primos u otros parientes. Un lugar seguro, es decir fuera del control de sus padres y familiares, son los lugares más alejados y solitarios de la ciudad. Allí podía ver a su enamorado y “ser más libre”, hasta que fueron asaltados por unos chicos, que además de robarles sus celulares, las zapatillas y el dinero, hicieron tocamientos sexuales a Mónica e hirieron a su enamorado con un cuchillo cuando intentó intervenir. Por temor a las consecuencias si sus padres se enteraban y por “no haber violación”, no hicieron la denuncia correspondiente al ataque sexual. El enamorado solo denunció el asalto. Mónica no ha podido olvidar el trauma del ataque sexual, pero no quiere hablar de eso con nadie. Ella piensa que la relación con su enamorado se deterioró debido a que empezó a rechazarlo físicamente a raíz de lo sucedido ese día. Los pleitos de Mónica con su madre por sus salidas, su ropa y sus bajas calificaciones escolares continúan, y ella no se atreve a contarle a su mamá lo ocurrido por temor a que esto fortalezca sus razones para no dejarla salir.

Igualmente preocupante fue el caso de Sherling, que por ir a beber licor con sus amigas lo más lejos posible de su casa y regresar por un camino poco transitado, cayó en una zanja, sufrió un esguince y se hizo una herida en la pierna que luego se infectó. En el centro de salud al que acudió, no le desinfectaron bien la herida o no le dieron los antibióticos que necesitaba; solo se la curaron y la enviaron a su casa. Al día siguiente, Sherling tenía fiebre y su herida empeoró. Entonces, fue al servicio de emergencia del hospital, donde le dijeron que tenía una fuerte infección, y que debía quedarse internada unos días.

Para evitar ser descubiertas por sus padres u otros adultos de su entorno, es decir, ser menos vulnerables socialmente frente a críticas y sanciones de género, las adolescentes tienen que ocultarse para ampliar su margen de libertad y espacios de diversión. Sin embargo, el ser “libres” a escondidas les crea otras vulnerabilidades, al exponerlas a riesgos que escapan de su control y manejo. Los activos sociales y uso de mecanismos formales (por ejemplo, policía, Defensoría, centro de salud) con los que podrían contar también se ven disminuidos, ya que prefieren evitar que sus padres se lleguen a enterar de lo sucedido para no ser castigadas, y sobre todo, no tener mayores restricciones después.

Protección social y protección sexual

En este contexto de clandestinidad o semiclandestinidad, la principal preocupación de las chicas cuando salen a lugares alejados con su enamorado o amigos u organizan una salida a un bar o discoteca es no ser presa de las batidas o ser vistas por algún familiar que lleve la información a sus padres u otros adultos significativos. Otras preocupaciones o riesgos son eclipsados, no son pensados, o son relegados a un segundo lugar.

Con algunas excepciones, los riesgos sexuales y el modo de prevenirlos no aparecen en el horizonte sino cuando estos ya ocurrieron, incluso en el caso de algunos de los promotores juveniles. Confluyen varias razones. Una primera es que, en la mayoría de casos, no se planea tener relaciones sexuales cuando se acude a un bar o discoteca. Si bien una de las motivaciones para ir a centros de diversión es conocer a alguien atractivo y divertirse con él o ella, no siempre se piensa que llegarán a tener sexo. Sin embargo, hubo casos en que las salidas a la discoteca culminaron alguna vez en relaciones sexuales en la experiencia de al menos un tercio de las entrevistadas y la mitad de los entrevistados. Más aún, planear tener relaciones sexuales y llevar un preservativo tiene connotaciones negativas para una chica, pues puede catalogarse de “fácil” o “recorrida”, lo que la ubicaría en los peldaños inferiores de las jerarquías de género. Para los chicos, llevar un condón sería mostrar que tenían la intención de tener sexo y podrían ser rechazados por ello.

Las adolescentes que tienen enamorado, debido a las restricciones morales y de género que hacen del sexo algo de lo que no se habla con libertad, usualmente tampoco planean con su pareja cuándo tendrán relaciones sexuales. Una vez que ya han tenido relaciones sexuales, hay sobrentendidos que vinculan las oportunidades para tener encuentros sexuales con ciertas visitas a sus casas (cuando no hay nadie más) o ciertas salidas al campo o a un “antro” en ocasiones especiales. La segunda razón está relacionada con la cantidad de alcohol que se bebe. Varias de las entrevistadas y entrevistados admiten que cuando han bebido demasiado

no recuerdan bien cómo aceptaron o se involucraron en una relación temporal con determinado chico o chica. Igualmente, tanto chicos como chicas refieren que estando “mareados” por el alcohol no se acuerdan de usar condón o su uso es inconsistente. Estos resultados son similares al de un estudio llevado a cabo en tres ciudades (Lima-Callao, Iquitos y Chiclayo), donde el porcentaje de jóvenes que usaron siempre el condón bajo la influencia del alcohol no supera el 25% (Cáceres et ál. 2007: 34).

De otra parte, en los casos estudiados, el papel de las redes sociales femeninas ha sido efectivo en la protección de sus integrantes de abusos y riesgos sexuales cuando han bebido alcohol. Hay prácticas de protección que se cumplen aun cuando casi todas las integrantes del grupo están “picadas” (ligeramente mareadas) o ebrias, como acudir siempre de a dos a los sanitarios. La protección de las amigas se relaja un tanto, pero no del todo, cuando se trata de amigos o conocidos de la adolescente en cuestión. Se asume que hay confianza y que el chico actuará sabiendo de las consecuencias de los controles y sanciones sociales, es decir, que el resto de amigas y amigos se enterarán, lo identificarán por lo sucedido, lo reprimirán o sancionarán. Al parecer, se haría una excepción cuando se trata del enamorado; en ese caso, suele no haber intervención de las otras amigas, pues se asumiría que el contacto sexual depende de la pareja, salvo que la chica haya pedido protección expresamente o les haya comentado a sus amigas que hay presión por parte del enamorado.

Las inequidades de género que subyacen a las normas sociales y prohibiciones parentales producen situaciones de vulnerabilidad social y sexual que afectan particularmente a las adolescentes mujeres. Estas normas crean riesgos sociales (ser vista, juzgada y sancionada) para las adolescentes, los que, muchas veces, terminan eclipsando a los riesgos sexuales en sus preocupaciones. Además, las jerarquías de género organizadas de acuerdo con el ejercicio o control de la sexualidad de las mujeres dificultan una comunicación más fluida y abierta sobre la prevención de riesgos sexuales entre chicos y chicas. Así, puede decirse que las inequidades de género que limitan el ejercicio y la valoración de la agencia sexual de las mujeres se constituyen en factores estructurales de la vulnerabilidad social y sexual de las adolescentes.

Vulnerabilidad social, formas de agencia y salud sexual de los adolescentes

A lo largo de este capítulo, he analizado cómo las jerarquías y las desigualdades sociales afectan la capacidad de los adolescentes ayacuchanos, y particularmente

de las adolescentes, para enfrentar los abusos sexuales y poner en práctica las formas de prevención que aprendieron en sucesivos talleres para evitar embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual. Las conexiones entre las estructuras sociales y los abusos y riesgos sexuales no siguen un patrón determinista ni unidireccional. Lo que encontramos son articulaciones complejas en las que intervienen diversas situaciones y procesos. Este estudio sugiere que la vulnerabilidad sexual de los adolescentes está asociada a situaciones de vulnerabilidad social que se configuran de acuerdo con cuatro aspectos interrelacionados:

- La posición social de las y los adolescentes según su condición de pobreza y su ubicación en jerarquías de género, etnia y edad, lo que nos permitiría hablar de una suerte de distribución social de riesgos sexuales de acuerdo con jerarquías sociales y distribución de la riqueza.
- La organización social del espacio avalada por normas sociales y parentales que invisibilizan los riesgos sexuales y situaciones de abuso que sufren las adolescentes dentro de su casa por parte de los adultos. Asimismo, se trata de una geografía del riesgo que genera otros riesgos producto del temor de las adolescentes a ser vistas en lugares públicos o espacios de diversión.
- Las características, posibilidades y limitaciones de las oportunidades y recursos accesibles a los adolescentes. Intervienen principalmente la organización de la oferta laboral según sexo y edad, así como la gama de oportunidades laborales a las que pueden acceder en el sector formal e informal de la economía. Entre los recursos sociales de los informantes son relevantes la presencia de ambos padres y, en general, las redes de soporte con las que cuentan, lo que condiciona una mayor o menor necesidad de trabajar y el grado de dependencia de otros familiares, así como las conexiones con posibles fuentes de trabajo dentro y fuera de la ciudad de Ayacucho.
- La manera en que los propios adolescentes negocian y le dan sentido a formas de inclusión (o pertenencia) y reconocimiento disponibles y valoradas en sus redes de pares. Estas últimas constituyen referentes significativos para los adolescentes, tanto por ser parte de sus activos sociales como del entorno cotidiano en que construyen y validan formas de prestigio social.

De este modo, se podría concluir que la vulnerabilidad sexual de los adolescentes no solo es producto de la pobreza y las escasas oportunidades económicas, sino también es resultado de las jerarquías de edad, las culturas e identidades de género, así como de nociones de ciudadanía y modernidad. En suma, la vulnerabilidad sexual de los adolescentes está social y culturalmente organizada por diversas estructuras sociales y discursos culturales que dan significados específicos a formas de inclusión o exclusión, valoración o desprestigio.

Formas de agencia en situaciones de vulnerabilidad

Aunque las situaciones de vulnerabilidad social descritas no se dan mayormente en un estado de total indefensión o pasividad de las adolescentes, su agencia es limitada por su escaso acceso a activos o recursos que operan como factores protectores. Las estructuras de poder que organizan las relaciones sociales de chicas y chicos reducen sus posibilidades para enfrentar situaciones de vulnerabilidad, así como configuran formas de conformidad estratégica (conformidad pública con reservas privadas) y su percepción de las alternativas existentes como tales. Ello hace que varias de las respuestas de los adolescentes a situaciones de vulnerabilidad se limiten a aquellas formas de agencia ocultas o riesgosas, las que a su vez contribuyen a nuevos riesgos o vulnerabilidades.

Un ejemplo de estas formas secretas u ocultas de ejercer agencia son las pocas alternativas que han encontrado las entrevistadas para detener el abuso sexual, como son huir con pretextos y evitar estar a solas con el abusador. La fragilidad o efectividad de estas medidas varía y tiene que ver con distintos factores, como la extensión, fortaleza y naturaleza de las redes sociales en las que se han ido insertando las adolescentes a lo largo de su vida. La gran limitación en todos los casos es no poder denunciar el abuso y las amenazas de padres, padrastros o tíos, pese a la información que se tiene acerca de dónde hacerlo. A la dependencia económica se suman una serie de normas culturales sobre el valor moral de las mujeres que subyacen al silencio o secreto sobre el abuso, de modo que cualquier salida frente al abuso es un modo de detenerlo pero huyendo de él, mientras que el abusador permanece en la casa.

Algunas situaciones de vulnerabilidad sexual que enfrentan los adolescentes en espacios de trabajo y entretenimiento se generan en procesos paradójicos donde hay una tensión entre, por un lado, buscar incrementar activos o ejercer agencia (lográndolo, a veces), y de otro, correr riesgos significativos que directa o indirectamente se encuentran asociados a estas oportunidades. El resultado que se obtiene de esta tensión es variable, incluyendo consecuencias para la salud y derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes. Aún más, situaciones de vulnerabilidad social y sexual pueden ser invisibilizadas, aceptadas o nunca confrontadas por asumir que son las únicas oportunidades de tener mayor autonomía, ser reconocidos como iguales o lograr aspiraciones que surgen de estereotipos globalizados de género y ciudadanía. Estas formas “modernas” o prestigiosas de ser adolescente implican invertir en ciertas presentaciones del cuerpo y obtener bienes que les den valor, prestigio e identidad, como ropa de moda, aparatos electrónicos, motos y otros objetos que simbolizan diferentes culturas juveniles de las que han conocido por sus pares o Internet.

Los retos para enfrentar la vulnerabilidad social y sexual

En las diferentes situaciones de vulnerabilidad sexual de los adolescentes, sus redes sociales destacan como uno de los principales factores protectores, mientras que la falta de recursos económicos y su posición social en las jerarquías sociales (de edad, género, sexualidad, etnicidad y otras) limita, debilita o sanciona su agencia sexual.

Las políticas públicas y proyectos de desarrollo tendrían que insistir en estrategias dirigidas no solo a los adolescentes y sus pares, sino a sus redes sociales de adultos significativos, especialmente para reducir su vulnerabilidad social y sexual. En el Plan Nacional de Fortalecimiento a las Familias 2013-2021 se reconoce que las familias pueden representar posibles espacios de vulneración de derechos, y tiene dentro de sus lineamientos el fomento de relaciones familiares democráticas y asertivas como mecanismo para la prevención de la violencia familiar. Asimismo, el Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2009-2015 incluye el “enfoque de integralidad”, que reconoce la necesidad de implementar intervenciones en diferentes niveles, incluyendo el estructural. Sin embargo, en lo que respecta al abuso sexual de adolescentes, en la práctica, las políticas existentes se han focalizado en dar información a los adultos y a los propios adolescentes sobre dónde pueden denunciar y recibir atención para las víctimas. En el mejor de los casos, se ha identificado una serie de capacidades o actitudes que protegerían a los niños y adolescentes del abuso sexual, tales como ser asertivos y hablar claramente sobre sexualidad. Así, en las acciones implementadas, se asumiría que la prevención y afrontamiento de un hecho que tiene que ver con el abuso de poder se enfrenta con saber qué hacer ante él. Ello, como se ha corroborado en este estudio, es totalmente insuficiente, ya que si bien las adolescentes entrevistadas saben dónde denunciar, esto no se hace, siendo los temores principales quedarse sin el apoyo económico del abusador o ser desacreditada, culpada o avergonzada.

Una medida de carácter estructural que se ha incluido en los planes estratégicos para enfrentar la violencia familiar y sexual es el cambio de normas culturales de género, aunque aún se ha realizado muy poco para lograrlo. Si se toman en cuenta las condiciones sociales que configuran la vulnerabilidad de las adolescentes ayacuchanas al abuso sexual y a su continuidad e impunidad, las respuestas tendrían que considerar al menos otros dos niveles estructurales de intervención. Por un lado, urge implementar políticas efectivas que mejoren las oportunidades económicas y educativas a mujeres pobres, que las hagan menos dependientes económicamente de un proveedor masculino. Esta sería una estrategia efectiva para ganar autonomía y autoestima, y enfrentar una serie de abusos de poder, incluyendo el abuso sexual de sus hijas y la violencia contra ellas, ya

que la continuidad de esta última también se asocia a la dependencia económica. Igualmente, se requiere una educación sexual laica que coloque la sexualidad de las mujeres en el terreno de los derechos humanos y la desvincule de la culpa y la vergüenza (cuando no está dentro del matrimonio y asociada a la reproducción), las que con frecuencia se asocian a la estigmatización y silenciamiento de las mujeres víctimas.

Los hallazgos de este estudio problematizan los enfoques sobre la salud sexual y reproductiva centrados única o principalmente en cambiar el comportamiento individual de los adolescentes, o aquellos que proponiéndoselo, no logran impactar en los contextos sociales y culturales en que los adolescentes se encuentran insertos. En tanto estos enfoques sean, en la práctica, el marco de interpretación hegemónico para políticas y programas, los límites de estas intervenciones pueden preverse desde su formulación. Ello porque estos esfuerzos se mantendrían aislados de otro conjunto de políticas sociales que se requieren para enfrentar las estructuras que favorecen la vulnerabilidad social y sexual de los adolescentes, como son: las inequidades de género tanto en el acceso a oportunidades económicas y educativas como en las normas sociales que dificultan a las mujeres el ejercicio libre, seguro y placentero de su sexualidad; la exclusión y discriminación social de las mujeres indígenas o la población LGTB; así como las relaciones intergeneracionales autoritarias, abusivas o violentas entre padres e hijos, y en general, entre adultos y menores. Del mismo modo, se necesita una aproximación a la salud sexual que tome en cuenta los escenarios culturales y sistemas económicos más amplios en que se forjan formas de prestigio y de vulnerabilidad sexual de los adolescentes, incluyendo la cultura del consumo y la vinculación a los mercados y redes virtuales locales y transnacionales. En suma, se trata de abordar la sexualidad y las políticas sobre salud y derechos sexuales y reproductivos en el terreno de las relaciones sociales (entre los adolescentes y con los adultos) y el acceso a oportunidades, activos y formas de reconocimiento social.

Referencias bibliográficas

AMIT-TALAI, V. y H. WULFF (eds.)

1995 *Youth Cultures: A Cross-Cultural Perspective*. Londres: Routledge.

AYRES, J.

1997 "Vulnerabilidade e AIDS: para uma resposta social à epidemia". *Boletín Epidemiológico*, vol. 15, n.º 3: 2-4.

BEBBINGTON, A., M. SCURRAH y C. BIELICH

2011 *Los movimientos sociales y la política de la pobreza en el Perú*. Lima: IEP.

BUCHOLTZ, M.

2002 "Youth and Cultural Practice". *Annual Review of Anthropology*, vol. 31: 525-552.

BUSO, G.

2001 "Vulnerabilidad social: nociones e implicaciones políticas para Latinoamérica a inicios del siglo XXI". Documento preparado para el seminario internacional Las diferentes expresiones de la vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe, Cepal-Celade, Santiago de Chile, 20 y 21 de junio.

CABALLERO, V., T. CARRASCO y J. GONZÁLEZ CARRÉ

1995 *Ayacucho: las migraciones y el problema laboral*. Lima: Chirapaq.

CÁCERES, C. F. et ál.

2007 *¡A lo que venga! Alcohol, drogas y vulnerabilidad sexual en el Perú actual*. Lima: Onusida.

CHAPMAN, R.

2006 "Chikotsa: Secrets, Silence, and Hiding: Social Risk and Reproductive Vulnerability in Central Mozambique". *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 20, n.º 4: 487-515.

BELAUNDE, C. de, C. TRIVELLI y C. ISRAEL

2011 *Inclusión a través de la educación de posgrado. El Programa de Becas de la Fundación Ford*. Lima: IEP.

DE PAUW, L.

2004 *Behind the Pandemic: Uncovering the Links between Social Inequity and HIV/AIDS*. USC Canada, AIDS Vancouver e Interagency Coalition on AIDS and Development.

FARMER, P.

1992 *AIDS and Accusation. Haiti and the Geography of Blame*. Berkeley: University of California Press.

1996 "Social Inequalities and Emerging Infectious Diseases". *Emerging Infectious Diseases*, vol. 2, n.º 4: 259-269.

2003 *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*. Berkeley: University of California Press.

GARCÍA B. M., GALIA

- 2001 “Discriminación sociocultural en estudiantes secundarios del colegio estatal Mariscal Cáceres de Ayacucho”. Informe profesional presentado al Departamento de Antropología. Ayacucho: UNSCH.

GARCÍA CANCLINI, N.

- 2004 *Diferentes, desiguales y desconectados*. Barcelona: Gedisa.

GARCÍA, J., F. NOVAK y S. NAMIHAS

- 2008 *El problema del narcotráfico en la región Ayacucho*. Lima: Instituto de Estudios Internacionales.

HIRSCH, J. A

- 2003 *Courtship after Marriage*. Berkeley: University of California Press.

HIRSCH, J., S. MENESES y C. del RÍO

- 2007 *The Inevitability of Infidelity: Sexual Reputation, Social Geographies, and Marital HIV Risk in Rural Mexico*. *American Journal of Public Health*, vol. 97, n.º 6: 986-996.

HIRSCH, J. et ál.

- 2009 *The Secret: Love, Marriage, and HIV*. Nashville: Vanderbilt University Press.

HUBER, L.

- 2002 *Consumo, cultura e identidad en el mundo globalizado: estudios de caso en los Andes*. Lima: IEP.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

- 2011 *Perú: compendio estadístico 2011*. Lima: INEI.

KABEER, N.

- 1999 *The Conditions and Consequences of Choice. Reflections on the Measurement of Women's Empowerment*. United Nations Research, Discussion Paper n.º 108.

LI, D.

- 2009 *Análisis de situación de población*. Lima: Fondo de Población de las Naciones Unidas.

MANN, J. Y D. TARANTOLA

- 1996 *AIDS in the World II*. Nueva York: Oxford University Press.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

- 2008 *Lineamientos educativos y orientaciones pedagógicas para la educación sexual integral*. Lima: Minedu.

MINISTERIO DE SALUD, DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

- 2013 *Análisis de la situación epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú*. Lima: Minsa.

MICK, C. et ál.

- 2011 *No somos invisibles. Relatos de trabajadoras del hogar peruanas. Encuentros con voces marginadas*. Berlín: Berliner Wissenschafts-Verlag.

MUJICA, J.

- 2011 *Violaciones sexuales en el Perú 2000-2009. Un informe sobre el estado de la situación*. Lima: Promsex.

NICHIAITA, L. Y. I. et ál.

- 2008 "A utilização do conceito 'vulnerabilidade' pela enfermagem". *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol. 16, n.º 5: 923-928.

OLIART, P.

- 2010 "Vida universitaria y masculinidades mestizas". En P. Oliart, *Políticas educativas y la cultura del sistema escolar en el Perú*. Lima: IEP, pp. 185-244.

ORTNER, S.

- 1996 "Making Gender: Toward a Feminist, Minority, postcolonial, Subaltern, etc., Theory of Practice". En S. Ortner, *Making Gender: The Politics and Erotics of Culture*. Boston: Beacon Press, pp. 1-20.

- 2006 *Anthropology and Social Theory: Culture, Power, and the Acting Subject*. Duke: Duke University Press.

PADILLA, M.

- 2007 *Caribbean Pleasure Industry: Tourism, Sexuality, and AIDS in the Dominican Republic*. Chicago: The University of Chicago Press.

PARKER, R.

- 1999 *Beneath the Equator: Cultures of Desire, Male Homosexuality and Emerging Gay Communities in Brazil*. Nueva York: Routledge.

- 2000 "Administering the Epidemic: HIV/AIDS Policy, Models of Development, and International Health". En L. M. Whiteford y Manderson (eds.), *Global Health Policy, Local Realities*. Boulder: Lynne Rienner.

- 2009 "Sexuality, Culture and Society: Shifting Paradigms in Sexuality Research". *Culture, Health and Sexuality*, vol. 11, n.º 3: 251-266.

PARKER, R. y P. AGGLETON

- 2003 "HIV and AIDS-Related Stigma and Discrimination: A Conceptual Framework and Implications for Action". *Social Science and Medicine*, vol. 57, n.º 1: 13-24.

- 2012 "HIV e AIDS, desigualdade social e mobilização política". En V. Paiva, I. França y A. Kalichman (eds.), *Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde*. Livro IV: Planejar, fazer, avaliar. Curitiba: Juruá Editora Ltda., pp. 21-49.

PORTOCARRERO, GONZALO

- 1993 *Racismo y mestizaje*. Lima: Sur Casa de Estudios de Socialismo.

SHARP, L. A.

- 2002 *The Sacrificed Generation: Youth, History, and the Colonized Mind in Madagascar*. Berkeley: University of California Press.

SHERIFF, R. E.

- 2000 "Exposing Silence as Cultural Censorship: A Brazilian Case". *American Anthropologist*, vol. 102, n.º 1: 114-132.

STEPHENS, S.

- 1995 "Children and the Politics of Culture in 'Late Capitalism'". En S. Stephens (ed.), *Children and the Politics of Culture*. Princeton: Princeton University Press, pp. 3-48.

STROCKA, C.

- 2008 *Unidos nos hacemos respetar. Jóvenes, identidades y violencia en Ayacucho*. Lima: IEP.

UNICEF

- 2006 *Niños en zonas cocaleras: un estudio en los valles de los ríos Apurímac y el Alto Huallaga*. Lima: Unicef.

ZAVALA, V. y G. CÓRDOVA

- 2010 *Decir y callar: lenguaje, equidad y poder en la universidad peruana*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.

SOBRE LOS AUTORES

Úrsula Aldana es economista de la Pontificia Universidad Católica del Perú, con una maestría en Economía, por la Universidad de British Columbia, y un doctorado en Economía Agrícola y Aplicada, por la Universidad de Wisconsin-Madison. Sus especializaciones de doctorado son Desarrollo y Econometría. Sus temas de interés comprenden mercados de factores en el área rural, tecnologías agrícolas, microfinanzas y vulnerabilidad de los hogares.

Roxana Barrantes es economista de la Pontificia Universidad Católica del Perú y PhD por la Universidad de Illinois en Urbana-Champaign. Desarrolla su actividad profesional en temas de microeconomía aplicada a la regulación y privatización de los sectores de infraestructura y al medio ambiente y recursos naturales. Se desempeña actualmente como directora general del Instituto de Estudios Peruanos. Es profesora principal del Departamento de Economía de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Ha sido miembro del comité consultivo del Programa Latinoamericano de Economía Ambiental (Laceep) y presidenta del Seminario Permanente de Investigación Agraria (Sepia) entre 2005 y 2007, además de ocupar otros cargos. En la actualidad, es miembro del Consejo Directivo del Organismo de Evaluación y Fiscalización ambiental (OEFA) y del Tribunal de Solución de Controversias de Ositran.

Peter Busse es doctor en Comunicación, con especialidad en Comunicación y Salud, por la Universidad de Pensilvania, magíster en Administración de la Comunicación por la Universidad del Sur de California y bachiller en Lingüística

Hispanica por la Pontificia Universidad Católica del Perú. Es investigador asociado del Instituto de Estudios Peruanos, donde investiga los efectos de los medios de comunicación en la salud de las personas. Sus artículos han sido publicados en revistas especializadas como *Communication Research*, *AIDS & Behavior* y *Global Health Promotion*.

Ramón Díaz es economista por la Pontificia Universidad Católica del Perú, con estudios de maestría en matemática aplicada en la misma universidad. Ha sido investigador en el Instituto de Estudios Peruanos, y actualmente trabaja en la Dirección General de Seguimiento y Evaluación del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.

Carmen Yon Leau es doctora en Ciencias Sociomédicas, con especialidad en Antropología Médica, por la Universidad de Columbia en Nueva York, y socióloga por la Pontificia Universidad Católica del Perú. Se desempeña como investigadora del Instituto de Estudios Peruanos, donde viene desarrollando el proyecto: “Salud de los pueblos indígenas, inequidades sociales e interculturalidad: investigación y balance de intervenciones implementadas en el Perú”. Es autora de diversas publicaciones sobre temas de género, interculturalidad, sexualidad, salud sexual y reproductiva. Entre sus textos se encuentran *Hablan las mujeres andinas: preferencias reproductivas y anticoncepción* (Movimiento Manuela Ramos, 2000), *Sistemas explicativos sobre el cuerpo y la salud e intervenciones en salud reproductiva* (UPCH, 2003) y *Salud y derechos sexuales y reproductivos de mujeres rurales jóvenes: políticas públicas y programas de desarrollo en América Latina* (IEP, 2013).

El estado de salud de las personas depende de un conjunto de variables: desde la propia composición genética hasta las condiciones del entorno socioeconómico, o desde los hábitos alimenticios y el nivel de educación hasta las creencias y cultura en general. Lo cierto es que las personas no podemos funcionar en sociedad si no estamos saludables. Y si la salud depende de tantos factores, es importante analizar algunos de ellos y qué efectos tienen tanto sobre el mismo estado de salud como en las posibilidades de mejorar los niveles de vida o salir de una situación de pobreza de una manera sostenible, sin que la nueva situación enfrente vulnerabilidades que la hagan precaria.

Este volumen presenta los resultados de investigaciones realizadas en cuatro frentes: la ingesta de alimentos, la comunicación alrededor de una enfermedad crónica como la hipertensión, los efectos de shocks de salud en las posibilidades de acumulación de los hogares, y la vulnerabilidad social y sexual de los jóvenes.

Roxana Barrantes • Peter Busse • Ramón Díaz •
Úrsula Aldana • Carmen Yon Leau

ISBN: 978-9972-51-474-6



9 7 8 9 9 7 2 5 1 4 7 4 6