

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA HUMANA



**Asociación entre etnicidad y no uso de servicios formales
de salud en Perú: análisis de una encuesta nacional del 2019-2023**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

AUTOR

Fiorella del Rosario Sosa Rojas

ASESOR

Víctor Daniel Linares Baca

<https://orcid.org/0000-0002-7073-4080>

Chiclayo, 2026

**Asociación entre etnicidad y no uso de servicios formales de salud
en Perú: análisis de una encuesta nacional del 2019-2023**

PRESENTADA POR
Fiorella del Rosario Sosa Rojas

A la Facultad de Medicina de la
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
para optar el título de

MÉDICO CIRUJANO

APROBADA POR

Edith Josefina Olave Luza
PRESIDENTE

Jorge Luis Fernández Mogollón
SECRETARIO

Víctor Daniel Linares Baca
VOCAL

Dedicatoria

A Dios, por concederme sabiduría, fortalecer mi corazón en momentos de incertidumbre y por enseñarme a esperar en su tiempo que es perfecto. Gracias por guiar cada paso de este camino y hacerme ver que sus planes siempre son mejores que los míos.

A mis padres, por ser el motor de mi vida. Gracias por su apoyo incondicional y por acompañarme en el camino que hoy me permite cumplir el sueño de ser médico.

A mi abuela, quien día a día me enseña con su ejemplo la importancia de siempre ayudar a todos. Eres muy valiosa en mi vida.

Agradecimientos

A Dios y a la Virgen María, por fortalecerme en cada etapa de este camino y por permitirme ser instrumento para actuar con responsabilidad y vocación.

Al Dr. Rodrigo Alberto Alejandro Salinas, por ser mi mentor, guiar mi camino en la investigación y siempre estar dispuesto a apoyarme. Gracias por alentarme constantemente a ser mejor.

Asociación entre etnicidad y no uso de servicios formales de salud en Perú: Análisis de una encuesta nacional del 2019-2023

INFORME DE ORIGINALIDAD

14%

INDICE DE SIMILITUD

13%

FUENTES DE INTERNET

10%

PUBLICACIONES

4%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

repositorio.cientifica.edu.pe

Fuente de Internet

1%

2

apirepositorio.unh.edu.pe

Fuente de Internet

1%

3

www.sidastudi.org

Fuente de Internet

1%

4

Lorán Velázquez, Emily. "Relación entre pertenecer a una cohorte generacional y visitar al médico en el último año durante los años 2011 al 2019 en Puerto Rico.", University of Puerto Rico Medical Sciences (Puerto Rico)

Publicación

1%

5

www.slideshare.net

Fuente de Internet

1%

6

www.coursehero.com

Fuente de Internet

1%

derechos.org.ve

Índice

Resumen	6
Abstract	7
Introducción.....	8
Revisión de literatura.....	10
Materiales y métodos	15
Resultados y discusión	18
Conclusiones	24
Recomendaciones	25
Referencias.....	26
Anexos	30

Resumen

Objetivo: Analizar la asociación entre etnicidad y no utilización de servicios formales de prestación en salud (NUSFPS) en el Perú a partir de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) entre el 2019 al 2023. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, transversal y analítico basado en un análisis secundario de la ENAH correspondiente al periodo 2019–2023. Se incluyeron participantes mayores de edad que reportaron síntomas, enfermedad o accidente en las cuatro semanas previas a la encuesta. Se excluyeron quienes no consideraron necesario acudir a un establecimiento de salud, acudieron a farmacias u otros lugares, o presentaron datos incompletos. La variable dependiente fue la NUSFPS. La principal variable de exposición fue la etnia autodeclarada. Se consideraron covariables sociodemográficas, geográficas y clínicas potencialmente confusoras. Para el análisis bivariado se utilizó Chi cuadrado para encuestas complejas. La asociación entre etnicidad y NUSFPS se evaluó mediante modelos lineales generalizados con familia Poisson, estimando razones de prevalencia crudas y ajustadas con IC95%, verificando colinealidad entre covariables. **Resultados:** En el modelo crudo, las etnias quechua y aimara mostraron asociaciones estadísticamente significativas con la NUSFPS, en comparación con la etnia mestiza (RPc=0.92; IC95%: 0.89–0.95; p<0.001 y RPc=1.14; IC95%: 1.08–1.20; p<0.001, respectivamente). Tras el ajuste por nivel educativo, zona de residencia, discapacidad, región y afiliación a seguro de salud, dichas asociaciones se mantuvieron significativas: la etnia quechua presentó menor prevalencia de NUSFPS (RPa=0.96; IC95%: 0.93–0.99; p=0.024), mientras que la etnia aimara evidenció mayor prevalencia (RPa=1.12; IC95%: 1.06–1.18; p<0.001), respecto al grupo mestizo.

Palabras clave: Etnia, Acceso efectivo a los servicios de salud, Sistemas de salud, Perú.

Abstract

Objective: To analyze the association between ethnicity and non-utilization of formal health services (NUSFPS) in Peru using data from the National Household Survey (ENAHO) between 2019 and 2023. **Materials and methods:** This was an observational, cross-sectional, and analytical study based on a secondary analysis of the ENAHO data for the period 2019–2023. Participants were adults who reported symptoms, illness, or accident in the four weeks prior to the survey. Participants who did not consider it necessary to visit a health facility, who went to pharmacies or other locations, or who provided incomplete data were excluded. The dependent variable was NUSFPS. The main exposure variable was self-reported ethnicity. Potentially confounding sociodemographic, geographic, and clinical covariates were considered. The chi-square test for complex surveys was used for bivariate analysis. The association between ethnicity and NUSFPS was assessed using generalized linear models with a Poisson family, estimating crude and adjusted prevalence ratios with 95% CI, verifying collinearity between covariates. **Results:** In the crude model, the quechua and aymara ethnicities showed statistically significant associations with NUSFPS, compared to the mestizo ethnicity (PR_c=0.92; 95% CI: 0.89–0.95; p<0.001 and PR_c=1.14; 95% CI: 1.08–1.20; p<0.001, respectively). After adjusting for educational level, area of residence, disability, region, and health insurance affiliation, these associations remained significant: the quechua ethnicity showed a lower prevalence of NUSFPS (PR_a=0.96; 95% CI: 0.93–0.99; p=0.024), while the aymara ethnicity showed a higher prevalence (PR_a=1.12; 95% CI: 1.06–1.18; p<0.001), compared to the mestizo group.

Keywords: Ethnicity, Effective access to health services, Health systems, Peru.

Introducción

La no utilización de los servicios formales de prestación en salud (NUSFPS) se refiere a la ausencia de interacción entre la población y el personal sanitario profesional pese a existir una necesidad de atención médica. Este fenómeno constituye un indicador relevante de inequidad en salud, al reflejar limitaciones en el acceso oportuno, continuo y efectivo a los servicios sanitarios (1). En el Perú, los servicios formales de salud se organizan en los sectores público y privado. El sector público comprende principalmente al Seguro Integral de Salud (SIS), EsSalud y los subsistemas de sanidad de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, mientras que el sector privado incluye Entidades Prestadoras de Salud (EPS), clínicas, consultorios y organizaciones no gubernamentales (ONG) que brindan atención sanitaria (2).

Aunque tradicionalmente la NUSFPS ha sido vinculada a países en vías de desarrollo, la evidencia reciente demuestra que se trata de un problema global condicionado por factores económicos, sociales y organizacionales (3–11). Durante la pandemia por COVID-19, la pérdida de empleo, el temor al contagio y las restricciones sanitarias fueron causas frecuentes de evitación de los servicios de salud. En Europa, hasta el 29% de las personas evitó acudir al médico pese a necesitarlo, con mayores prevalencias en el Reino Unido (39%), Alemania (32%) y Francia (30%) (4). En Estados Unidos, Splinter et al. encontraron que el 20.2% de la población no buscó atención médica pese a presentar síntomas (5), mientras que en América Latina influyeron los largos tiempos de espera, la escasez de profesionales y las limitaciones posteriores a la pandemia (6).

En el Perú, diversos estudios han identificado poblaciones con mayor riesgo de NUSFPS. Un análisis de la Encuesta Nacional Socioeconómica de Acceso a la Salud de los Asegurados de EsSalud (ENSSA) encontró que el desconocimiento de los servicios disponibles y de los derechos en salud incrementó la probabilidad de no utilizarlos (7). Romani et al. señalaron que, en la población LGBTI, la presencia de enfermedades crónicas o infecciosas y la discriminación de género influyen en la NUSFPS (8). Hernández et al. identificaron que la falta de satisfacción de necesidades básicas y la residencia en zonas rurales incrementan esta probabilidad, mientras que, en la población inmigrante venezolana, la falta de afiliación al SIS constituye un factor clave (9,10). Estos hallazgos evidencian que la utilización de servicios de salud está influida no solo por la necesidad clínica, sino también por factores sociales y estructurales.

Dentro de estos factores, la etnicidad representa un determinante particularmente relevante en el contexto peruano. Herrera-Añazco et al. reportaron, con base en la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO), que los hablantes de lenguas originarias, especialmente la población aimara, presentan hasta el doble de probabilidad de evitar los establecimientos de salud por temor al maltrato del personal sanitario (11). Asimismo, Castillo et al. observaron que el uso de remedios caseros fue más frecuente en personas de etnia quechua (35.1%) y aimara (37.4%) en comparación con la población mestiza (14.6%) (12). Las consecuencias de la NUSFPS incluyen mayor automedicación, retraso diagnóstico, progresión de enfermedades prevenibles o tratables y aumento de la mortalidad evitable (13). Según el informe de The Lancet Global Health Commission, más de ocho millones de muertes en países de ingresos bajos y medianos se relacionan con deficiencias en el acceso a servicios de salud (14). Además, Jim Yong Kim, expresidente del Grupo Banco Mundial, señaló que la persistencia de estas barreras limita el desarrollo del capital humano y profundiza las desigualdades sociales (15).

En conjunto, estos hallazgos subrayan la necesidad de fortalecer las políticas de salud intercultural, mejorar la capacitación del personal sanitario en competencia cultural y reducción de sesgos discriminatorios, así como garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud para toda la población peruana (8). A pesar de la evidencia disponible, aún existe limitada información nacional reciente que evalúe la asociación entre etnicidad y NUSFPS considerando el periodo previo y posterior a la pandemia por COVID-19. En ese sentido, el objetivo del presente estudio fue analizar la asociación entre la etnicidad y la NUSFPS en el Perú entre los años 2019-2023, utilizando datos de la ENAHO.

Revisión de literatura

Con la base de datos de la Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) COVID-19 Survey, una investigación analizó el impacto de la pandemia en la utilización de los servicios de salud en adultos mayores de 27 países europeos, con una muestra de 52,061 personas mayores de 50 años. Los hallazgos revelaron que el 12% de los participantes evitó recibir atención médica por temor al contagio, mientras que el 26% experimentó postergaciones de consultas debido a restricciones sanitarias. Entre los factores asociados a la NUSFPS, se encontraron el sexo y el nivel educativo. Las mujeres tuvieron mayor probabilidad de evitar o postergar la atención médica, mientras que los hombres mayores fueron más propensos a evitar la atención. Con respecto al nivel educativo, las personas con educación primaria o secundaria fueron menos propensas a evitar o postergar la atención médica en comparación con aquellas con educación superior, lo que podría estar relacionado con diferencias en el estado de salud y la percepción del riesgo. Estos resultados subrayan la necesidad de analizar los determinantes de la NUSFPS en contextos de crisis sanitarias y socioeconómicas (3).

Una revisión sistemática que incluyó 70 estudios previos y analizó la relación entre los trastornos de ansiedad y la utilización de los servicios de salud en diferentes contextos. Se evidenció que la ansiedad social y la fobia a procedimientos médicos pueden generar retrasos en la búsqueda de atención, mientras que la ansiedad relacionada con la salud puede llevar tanto a un uso excesivo como a una evitación intermitente de los servicios médicos. En particular, se destacó que el 14% de las personas con ansiedad por la salud tienden a evitar la atención médica, mientras que el 25% la busca compulsivamente, lo que refleja una variabilidad en la conducta de búsqueda de atención (16).

En los Países Bajos, el Rotterdam Study, evaluó la prevalencia y los determinantes de la evitación de la atención médica durante la pandemia de COVID-19. Se analizaron datos de 5,656 participantes, obtenidos a través de encuestas enviadas en abril de 2020, con un 73% de tasa de respuesta. Los hallazgos revelaron que el 20.2% de los participantes evitó buscar atención médica, incluso cuando presentaban síntomas potencialmente graves, como debilidad en extremidades (13.6%), palpitaciones (10.8%) y dolor torácico (10.2%). Entre los factores asociados a la evitación de la atención médica se identificaron sexo femenino, percepción de mala salud, bajo nivel educativo, desempleo, tabaquismo, preocupación por contraer COVID-19, síntomas de depresión y ansiedad (5).

En Brasil, un estudio cualitativo llevado a cabo en el estado de Río de Janeiro, analizó las percepciones de los usuarios con hipertensión arterial sistémica (HAS) sobre el acceso y uso de los servicios de salud en la Atención Primaria de Salud (APS). Se realizaron 38 entrevistas semiestructuradas en 10 Unidades Básicas de Salud (UBS) seleccionadas por su alto número de Equipos de Salud de la Familia (ESF). Mediante análisis temático de contenido, se identificaron barreras clave para la utilización de los servicios de salud, como dificultades para programar citas médicas, acceso limitado a exámenes de laboratorio y escasez de medicamentos esenciales en las UBS. Además, se evidenció que la rotación frecuente de médicos debilitó la continuidad del cuidado, lo que afectó la relación médico-paciente y la adherencia al tratamiento (6).

Con la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) de 2019 se evaluó la relación entre el no uso de servicios de salud y el maltrato basado en la etnicidad en Perú, este estudio que incluyó a 23,242 participantes. Los resultados mostraron que la prevalencia de maltrato fue del 1.4%. Pertenecer a las etnias quechua o aimara se asoció con una mayor prevalencia de maltrato, con razones de prevalencia ajustadas (RPa) de 2.60% y 2.98% respectivamente. Además, hablar una lengua originaria duplicó la probabilidad de no acudir a los servicios de salud debido al maltrato (11).

Basado en los datos de la Primera Encuesta Virtual para Personas LGBTI en Perú, se evaluaron los factores asociados a la no utilización de los servicios de salud en 5,386 participantes. Con una mediana de edad de 25 años, de los cuales el 16% no buscó atención médica a pesar de haber tenido una enfermedad en los últimos 12 meses. Entre los principales factores asociados a la NUSFPS se identificaron la falta de respeto hacia la identidad de género, la presencia de enfermedades mentales, antecedentes de enfermedades infectocontagiosas y no contar con seguro de salud. Además, se observó que quienes expresaban sin temor su orientación sexual o identidad de género tenían una menor probabilidad de evitar la atención médica (8).

Con los datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) 2020, se analizó la prevalencia y los factores asociados a la no utilización de servicios de salud (NUSFPS) en la población peruana con sintomatología de COVID-19. La muestra incluyó 1,856 participantes mayores de 18 años que reportaron fiebre, tos o dificultad respiratoria en las cuatro semanas previas a la encuesta. Los hallazgos revelaron que el 52.2% de los encuestados no buscó atención médica a pesar de presentar estos síntomas. Entre los factores asociados a una mayor probabilidad de

NUSFPS se identificaron vivir en áreas urbanas y rurales de la selva en comparación con quienes residían en zonas urbanas de la costa (9).

Se realizó un estudio con la Encuesta Dirigida a la Población Venezolana que Reside en el País (ENPOVE) 2018, el cuál evaluó los factores asociados a la no utilización de los servicios de salud (NUSFPS) en inmigrantes venezolanos residentes en Perú. La muestra incluyó 2,144 personas mayores de 18 años que reportaron necesitar atención médica. Los hallazgos indicaron que el 57.2% de los encuestados no buscó atención médica, siendo las principales razones la falta de dinero (64.5%), la ausencia de seguro de salud (24.3%), la automedicación (12.8%), la falta de tiempo (8.4%), no residir en Arequipa o Trujillo, no padecer una enfermedad crónica y no estar afiliado al Seguro Integral de Salud (SIS) (10).

Basado en los datos de la Encuesta Nacional Socioeconómica de Acceso a la Salud de los Asegurados de EsSalud (ENSSA) 2015, se evaluaron los factores asociados a la no utilización de los servicios de EsSalud en población urbana asegurada en Perú. Se incluyeron participantes adultos residentes en zonas urbanas que necesitaron atención médica en los últimos tres meses. Los resultados mostraron que los principales factores asociados a una mayor probabilidad de no utilizar EsSalud fueron ser varón, tener un nivel educativo superior, tener más de un seguro de salud, desconocer los servicios que brinda EsSalud y no haber recibido información sobre los derechos de los usuarios (7).

La Revista Española de Salud Pública publicó un estudio que analizó cómo la etnicidad influye en la no utilización de los servicios de salud en las Américas. Se identificó que los pueblos indígenas, afrodescendientes, romaníes y otros grupos étnicos enfrentan múltiples barreras que limitan su acceso a la atención médica, incluyendo discriminación estructural, falta de servicios adaptados culturalmente, obstáculos lingüísticos y desigualdades económicas. Además, la lejanía de los centros de salud y la escasa representación de profesionales de la salud pertenecientes a estos grupos contribuyen a su menor utilización de los servicios formales de salud (17)

Con los datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) 2020, se evaluaron los factores asociados a la renuncia al cuidado en servicios de salud en el Perú. Se incluyeron individuos mayores de 18 años que, a pesar de haber tenido síntomas, recaídas o enfermedades en las últimas cuatro semanas, no buscaron atención médica. Los hallazgos indicaron que el 95.1% de los participantes no acudió por motivos no institucionales, mientras que el 4.9% lo hizo por

razones institucionales. Entre los principales factores de riesgo para la NUSFPS por motivos no institucionales se identificaron vivir en la sierra o selva, tener un nivel educativo bajo, ser hablante de una lengua originaria, ser conviviente o separado, ser mujer o tener 50 años o más (18).

Con los datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) 2019, evaluó la prevalencia y los factores asociados al uso de remedios caseros (URC) en adultos que no acudieron a centros de salud a pesar de presentar síntomas, enfermedad o accidente. Se analizaron 23,242 participantes. Los hallazgos indicaron que el 22.6% de los encuestados optó por remedios caseros en lugar de acudir a un centro de salud, siendo la prevalencia más alta en mayores de 60 años, personas que viven en la sierra o selva, y miembros de los grupos étnicos quechua y aimara (12).

Bases teóricas

Los servicios formales de prestación en salud (SFP) comprenden a las instituciones y profesionales del sector sanitario que brindan atención médica dentro de un marco regulado por normativas públicas o privadas. Estos servicios constituyen la principal vía de acceso al sistema de salud y su utilización depende de la percepción de necesidad, la accesibilidad y diversos factores sociodemográficos (1).

La etnicidad es un concepto multidimensional que integra características culturales, lingüísticas, sociales e históricas compartidas por un grupo poblacional. En el Perú, su relevancia responde al carácter multiétnico y pluricultural del país. La medición de esta variable suele realizarse mediante criterios de autoidentificación, lengua materna, costumbres y ascendencia, lo que permite analizar desigualdades en el acceso a servicios esenciales, incluida la salud (19).

La Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) es una encuesta nacional desarrollada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática desde 1995 para monitorear las condiciones de vida de la población peruana. Tiene cobertura nacional en áreas urbanas y rurales de los 24 departamentos y la Provincia Constitucional del Callao. Su información permite evaluar indicadores sociales, económicos y sanitarios, constituyendo una fuente relevante para investigaciones en salud pública (20).

En el marco de la utilización de servicios de salud, la etnicidad puede influir a través de barreras estructurales, culturales y lingüísticas. Entre ellas destacan la discriminación percibida, la limitada pertinencia intercultural de los servicios, las diferencias idiomáticas y las brechas de aseguramiento, factores que pueden condicionar menor acceso y utilización de la atención formal en poblaciones históricamente vulnerables.

Materiales y métodos

Diseño del estudio

Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico utilizando datos secundarios de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) correspondientes a los años 2019–2023, administrada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del Perú, publicadas en el siguiente enlace de internet según el año de la encuesta correspondiente: http://webinei.inei.gob.pe/anda_inei/index.php/catalog/ENC_HOGARES#_r=1778097403098&collection=&country=&dtype=&from=2019&page=1&ps=&sk=ENAHO&sort_by=proddate&sort_order=desc&to=2023&topic=&view=s&vk=. La ENAHO es una encuesta de representatividad nacional, regional y urbano–rural, aplicada anualmente, cuyo objetivo es recolectar información sobre características de la vivienda y del hogar, educación, salud, empleo, ingresos, gastos, programas sociales, así como aspectos de gobernabilidad y transparencia (20). Su metodología de recolección es mixta, iniciando mediante entrevista presencial y culminando con entrevista telefónica (20). Para este estudio se utilizaron las secciones de dominio y estrato, y los módulos de salud, hogar y empleo. Los procedimientos técnicos y metodológicos de la encuesta se detallan en los informes anuales publicados por el INEI (21).

Población, muestra y muestreo

La ENAHO utiliza un enfoque de muestreo bi-etápico, probabilístico, estratificado e independiente tanto a nivel departamental como entre áreas urbanas y rurales. En las zonas urbanas, la unidad primaria de muestreo correspondió al centro poblado con dos mil o más habitantes; la unidad secundaria fue el conglomerado, conformado por aproximadamente 120 viviendas, y la unidad terciaria estuvo constituida por la vivienda. En cada vivienda seleccionada se recopiló información de todos sus residentes habituales. En el ámbito rural, las unidades primarias estuvieron conformadas por centros poblados con entre 500 y menos de dos mil habitantes y por áreas de empadronamiento rural que, en promedio, incluyen 100 viviendas; la unidad secundaria fue nuevamente el conglomerado de alrededor de 120 viviendas y, como en el área urbana, la unidad terciaria fue la vivienda.

Para el análisis secundario de este estudio se consideraron los participantes mayores de 18 años que, en las cuatro semanas previas, reportaron algún síntoma, malestar, enfermedad, recaída o accidente. Se excluyeron a los participantes que, pese a tener alguna molestia, no consideraron grave o necesario acudir a un establecimiento de salud, los que acudieron una farmacia,

domicilio u otro e individuos con información incompleta en las variables de interés.

Variables

La variable desenlace del estudio fue la utilización insuficiente de servicios formales de prestación en salud (NUSFPS), la cual se obtuvo a partir de las preguntas 402 y 403 del cuestionario de salud de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO). La pregunta 402 indagó si el participante había presentado, durante las cuatro semanas previas a la encuesta, algún síntoma o malestar, enfermedad, recaída de una enfermedad previa o accidente; en aquellos participantes con respuesta afirmativa, se evaluó la pregunta 403, que identificó el lugar al que acudieron para consultar por dicho evento. Se consideró como NUSFPS a los individuos que refirieron no haber acudido a una institución prestadora de servicios de salud (IPRESS) perteneciente al sistema de salud peruano.

La principal variable de exposición fue la etnia del participante, evaluada mediante la pregunta 558-C del cuestionario de etnicidad de la ENAHO: “Debido a sus costumbres y sus antepasados, ¿se siente o se considera...?”, cuyas categorías de respuesta incluyeron mestizo, quechua, aimara, nativo amazónico, afroperuano, caucásico y otro. Asimismo, se consideraron como covariables potencialmente confusoras el género (masculino o femenino), la edad en años (18–29, 30–49, 50–59 y ≥ 60), el estado civil (soltero, conviviente, casado, viudo y divorciado/separado), el nivel de instrucción (sin nivel de instrucción, primaria, secundaria, superior no universitaria y superior universitaria), la región (Lima Metropolitana, costa, sierra y selva), la zona de residencia (urbana o rural), la condición de empleo (sí o no), la presencia de alguna enfermedad crónica (sí o no), la presencia de alguna discapacidad (sí o no), el idioma o lenguaje predominante (español, nativo, extranjero o señas/no habla) y la afiliación a algún seguro de salud (sin seguro, SIS, EsSalud, FF.AA./PNP o privado), variables que correspondieron a las preguntas o secciones 207, 400 A1–A3, 209, 301A, dominio, estrato, 501, 401, 401 H1–H6, P300A y 419 1–8 de la ENAHO, respectivamente.

Análisis estadístico

Se utilizó el paquete estadístico STATA ® v18.0 (STATA Corporation, College Station, Texas, USA) con el módulo “complex survey data” (svy). Los resultados descriptivos se presentaron en frecuencias absolutas de la muestra y proporciones ponderadas por el muestreo complejo, con sus intervalos de confianza al 95% (IC95%)

Para el análisis bivariado, se usó la prueba de Chi cuadrado para muestras complejas, previa evaluación de supuestos para comparar las covariables con la etnicidad y la NUSFPS, respectivamente.

Para evaluar la asociación entre etnicidad y la NUSFPS, se emplearon modelos lineales generalizados con familia Poisson tanto crudos como ajustados considerando el diseño de muestra compleja. Se verificó la presencia de posibles relaciones de colinealidad entre las variables, con el objetivo de asegurar la consistencia estadística del modelo ajustado. La medida de asociación utilizada fue la razón de prevalencias (RP), acompañada de sus intervalos de confianza al 95% (IC95%).

Aspectos éticos

Este estudio se desarrolló conforme a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki (22–24). El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Santo Toribio de Mogrovejo (526-2025-USAT-FMED). No se requirió consentimiento informado adicional debido a que no hubo interacción directa con los participantes. Todos los encuestados otorgaron su consentimiento al participar en la ENAHO. Las bases de datos de la ENAHO son de acceso abierto y no contienen identificadores personales, lo que garantiza la confidencialidad de la información (<https://proyectos.inei.gob.pe/microdatos/>).

Resultados y discusión

Selección de muestra y características de los participantes

Entre los años 2019 a 2023 hubo 617 174 entrevistados, después de aplicar los criterios de elegibilidad se contó con 74 728 participantes para el análisis de datos (**Figura 1**). La prevalencia de NUSFPS fue de 47.7%. El promedio de edad fue de 44.9 años, habiendo una mayor proporción de adultos entre los 50 y 59 años (34.4%). La **Tabla 1** resume las características de los participantes. La proporción de mujeres en la muestra fue mayor con 52.6% y solo el 12.4% tenían instrucción superior universitaria. La proporción de participantes casados y convivientes en la muestra fue similar con 27.3% y 27.4%, respectivamente. El 70.6% de la muestra tenía empleo y el 39.2% procedían de Lima Metropolitana. Solo el 17.5% de la muestra vivía en zonas rurales, y las etnias con mayor representación en la muestra fueron la mestiza y la quechua con 45.4% y 37.4%, respectivamente. Asimismo, el idioma más prevalente fue el Castellano (82.2%). Más de la mitad de la muestra padecía alguna enfermedad crónica (57.1%) pero solo el 7.9% padecían algún tipo de discapacidad. Solo el 11.9% de la muestra no tenían seguro de salud y de los participantes que tenían seguro el 59.9% estaban en el Seguro Integral de Salud del Ministerio de Salud.

Características de la población según etnia

La **Tabla 2** muestra las características de la población de estudio según etnia. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el nivel de instrucción ($p < 0.001$). Se encontró que el grupo aimara presenta la mayor proporción de personas sin instrucción (10.8%) en comparación con las otras etnias, siendo este mismo grupo el que presenta la menor proporción de personas con instrucción superior universitaria (8.4%). También, hemos hallado diferencias estadísticamente significativas en el estado civil ($p < 0.001$). La etnia quechua es la que tiene la mayor proporción de solteros (30.1%) en comparación con las otras etnias; mientras que, la etnia aimara tiene la mayor proporción de casados (34.4%). Asimismo, hubo diferencias estadísticamente significativas en el empleo ($p < 0.001$). La etnia quechua fue la que tuvo mayor proporción de personas con empleo 77.6% y la que tuvo la menor proporción de empleo fue la etnia Caucásica 61.9%. Respecto a la distribución de las etnias por regiones también se encuentran diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.001$), observando una mayor proporción de la etnia quechua en Lima Metropolitana (71%) en comparación con las otras etnias, una mayor proporción de la etnia afroperuana en la costa (54.4%), una mayor proporción de la etnia aimara en la sierra (38.7%) y una mayor proporción de otras etnias en la selva (26.6%). Del mismo modo, hubo diferencias estadísticamente significativas en la procedencia

rural de los participantes ($p < 0.001$). La etnia que tuvo mayor proporción de personas viviendo en zonas rurales fue la aimara en comparación (28%) con las otras etnias. Respecto a las enfermedades crónicas y a la discapacidad también se encontraron diferencias estadísticamente significativas, $p < 0.001$ y $p = 0.004$, respectivamente. La etnia con mayor proporción de enfermedades crónicas fue la etnia quechua con 60.1% mientras que la etnia con mayor proporción de discapacidad fue la aimara con 8.8% en comparación con las otras etnias. Igualmente, se presentaron diferencias estadísticamente relacionadas con el seguro de salud ($p < 0.001$). La etnia con la mayor proporción sin seguro de salud fue la aimara con 15.1% y la que estuvo más afiliada al Seguro Integral de Salud fue la Nativo Amazónico con 69.9% en comparación con las otras etnias. Finalmente, la etnia con mayor proporción de hablar un lenguaje nativo fue la aimara con 51.3% ($p < 0.001$).

Características generales de la población según la NUSFPS

La **Tabla 3** presenta las características generales de la población según la utilización de los servicios formales de prestación de salud. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la proporción de NUSFPS y la etnia ($p < 0.001$). La etnia con la mayor proporción de NUSFPS fue la aimara con 53.4% y el que tiene menor proporción, es la quechua con 45.3%. La edad también mostró diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.032$). El grupo etario con mayor proporción de NUSFPS fue el grupo entre 50 a 59 años con 48% y el que tuvo la menor proporción, fue el grupo de 60 años a más con 47.4%. También, en el nivel de instrucción se encontró diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.008$). El grupo sin instrucción fue el que tuvo la mayor proporción de NUSFPS con 48.7% mientras que el grupo con instrucción superior no universitaria fue el que presentó la menor proporción de NUSFPS con 45.9%. Asimismo, se hallaron diferencias estadísticamente significativas según la zona de residencia ($p < 0.001$). El grupo que vive en zonas rurales tiene 49.4% de NUSFPS comparados con el grupo urbano cuya proporción es de 46.2%. Igualmente, se encontraron diferencias estadísticamente según la región de procedencia ($p < 0.001$). La región con la mayor proporción de NUSFPS fue la Sierra con 49.9% mientras que la que tuvo menor proporción fue Lima Metropolitana con 42.8%. Respecto de la discapacidad también se encontró diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.003$). Los participantes con discapacidad tuvieron mayor proporción de NUSFPS con 49.5% comparados con los que no tenían discapacidad con 46.5%. De la misma forma, se presentaron diferencias estadísticamente significativas según el tipo de seguro ($p < 0.001$). El grupo sin seguro de salud presentó la mayor proporción de NUSFPS con 68.2% mientras que los del grupo se seguro privado presentaron la menor proporción con

29.3%. Finalmente, hemos hallado diferencias estadísticamente significativas según el idioma ($p < 0.001$). El grupo que hablaba una lengua nativa tuvo la mayor proporción de NUSFPS con 51.2%, en cambio el grupo que hablaba una lengua foránea fue el que presentó una menor proporción con 44.7%.

Asociación entre etnia y la NUSFPS

En el modelo lineal generalizado crudo, solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas con la NUSFPS en la etnia quechua ($RP_c = 0.92$, $IC_{95\%}: 0.89 - 0.95$, $p < 0.001$) y en la etnia aimara ($RP_c = 1.14$, $IC_{95\%}: 1.08 - 1.20$, $p < 0.001$), comparado con la etnia mestiza (**Tabla 4**). En el modelo lineal generalizado ajustado, después de ajustar por variables como educación, residencia, discapacidad, región y seguro de salud, las asociaciones entre etnia quechua y aimara con la NUSFPS se mantuvo estadísticamente significativa ($RP_a = 0.96$, $IC_{95\%}: 0.93 - 0.99$, $p = 0.024$; $RP_a = 1.12$, $IC_{95\%}: 1.06 - 1.18$, $p < 0.001$, respectivamente), comparado con la etnia mestiza (**Tabla 4**).

Asociación entre etnia y la NUSFPS según la pandemia del COVID-19

En el periodo pre pandemia, en el modelo lineal generalizado ajustado, después de ajustar por variables como educación, residencia, discapacidad, región y seguro de salud, las asociaciones entre etnia quechua y aimara con el NUSFPS fueron estadísticamente significativas, $RP_a = 0.93$, $IC_{95\%} (0.87 - 0.99)$ y $RP_a = 1.18$, $IC_{95\%} (1.03 - 1.35)$, respectivamente, comparado con la etnia mestiza (**Tabla 4**). En cambio, durante periodo de pandemia, solo se mantuvo estadísticamente la asociación entre la etnia quechua y el NUSFPS ($RP_a = 1.15$, $IC_{95\%}: 1.08 - 1.22$, $p < 0.001$), comparado con la etnia mestiza. En contraste, durante el periodo postpandemia, no se encontró ninguna asociación entre las étnicas comparado con la etnia mestiza (**Tabla 4**).

Discusión

Hallazgos principales

Se realizó un análisis secundario con datos de la ENAHO 2019–2023 en Perú para evaluar la asociación entre etnicidad y NUSFPS. Aproximadamente cuatro de cada diez personas reportaron no utilizar servicios formales de salud pese a necesitarlos. En comparación con la población mestiza, la etnia quechua presentó menor prevalencia de NUSFPS, mientras que la etnia aimara mostró mayor prevalencia. En el subanálisis temporal, ambas asociaciones se mantuvieron en el periodo prepandemia, mientras que, durante la pandemia, solo se mantuvo la asociación con los quechuas.

Comparación con otros estudios e interpretación de resultados

La mayor prevalencia de NUSFPS en la población aimara coincide con lo reportado por Herrera-Añazco et al., quienes identificaron menor atención por profesionales de salud en esta etnia al analizar la del ENAHO 2019 (11). Esta asociación se profundiza, al conocer en nuestro estudio que aproximadamente cinco de cada diez aimaras no acuden a un establecimiento de salud aun requiriéndolo, patrón previamente descrito en esta etnia, en donde se ha reportado que hasta ocho de cada diez nunca consultaron médicos privados durante episodios de enfermedad (25). Este hallazgo se puede ser explicado por factores culturales, como el uso extendido de plantas medicinales, profundamente arraigado en la cosmovisión aimara. Estudios etnobotánicos han documentado que especies comúnmente utilizadas por esta población como *Azorella*, *Centaurium* y *Amaranthus* contienen metabolitos bioactivos, entre ellos terpenoides, flavonoides y xantonas, con propiedades antiinflamatorias, antioxidantes, antimicrobianas e inmunomoduladoras. Estos compuestos podrían contribuir al alivio de diversas dolencias, generando una percepción de recuperación que reduce la necesidad de acudir a servicios formales de salud, lo que podría reforzar la preferencia por tratamientos tradicionales (26).

También, este hallazgo podría explicarse por desigualdades socioeconómicas y estructurales que se reflejarían incluso, en esta etnia, con la dificultad para acceder a intervenciones preventivas básicas, como Papanicolaou o examen clínico de mama, exámenes disponibles en el primer nivel de atención (27). Si existen dificultades tan marcadas para acceder a tamizajes simples y rutinarios, es plausible que estas barreras se intensifiquen cuando la necesidad implica una condición aguda o un problema que requiere atención médica inmediata.

La menor utilización de servicios también puede estar influida por experiencias previas negativas, especialmente frecuentes en esta etnia, donde se han reportado barreras lingüísticas, episodios de discriminación por parte del personal de salud y divergencias en la percepción del proceso salud–enfermedad, elementos que pueden desalentar el uso subsecuente del sistema sanitario (28).

La NUSFPS evaluada en este estudio se avocó a personas que reconocieron necesitar atención médica, pero no acudieron a una atención en un servicio formal de salud. En este contexto, las adaptaciones fisiológicas descritas en la población aimara como respuestas inflamatorias moduladas, adaptaciones hematológicas a la hipoxia o menor impacto de ciertos síntomas pueden favorecer una interpretación de que la condición es manejable sin atención profesional de urgencia o gravedad (29–32). Esta interpretación se refuerza por la disponibilidad de tratamientos tradicionales con efectos farmacológicos reales, lo que podría llevar a que, pese a ser conscientes de su dolencia, los individuos opten por no acudir al sistema de salud formal.

Por su parte, la población quechua mostró menor prevalencia de NUSFPS frente a los mestizos. Esto podría relacionarse con un perfil sociodemográfico y estructural más favorable para el acceso efectivo a la atención en salud. En nuestro análisis, la población quechua presentó mayor proporción de educación superior respecto a los mestizos. Este hallazgo es relevante, ya que la educación superior se ha asociado consistentemente con menor prevalencia de NUSFPS en Perú (9), mientras que un bajo nivel educativo se relaciona con menor acceso a servicios de salud, incluso en contextos de alta necesidad como la pandemia por COVID-19 (5). Un mayor nivel educativo se asocia con mejor alfabetización en salud, reconocimiento más oportuno de la necesidad de atención y mayor capacidad para interactuar con el sistema sanitario. Estos factores podrían explicar, en parte, la menor prevalencia de NUSFPS observada en la población quechua. Asimismo, cerca del 80% de este grupo se encontraba empleado, proporción superior a la registrada en los mestizos. El empleo favorece el acceso a los servicios de salud, al facilitar la continuidad del aseguramiento y un uso más oportuno de la atención sanitaria, factores previamente vinculados con menor NUSFPS (5,9).

Actualmente, más del 90% de la población quechua reside en zonas urbanas y aproximadamente el 70% se concentra en la costa, región con mayor densidad de establecimientos de salud y mejor accesibilidad geográfica. Esto podría reducir barreras tradicionalmente descritas en poblaciones indígenas. Además, más del 85% contaba con algún seguro de salud y cerca del 80% hablaba castellano, lo que disminuiría barreras económicas y lingüísticas. Aunque la

distancia continúa siendo una barrera importante en áreas rurales (33), esta limitación podría ser menor en territorios con presencia quechua debido a una mayor disponibilidad de puestos de salud o migración de estas etnias a otras regiones.

La mayor prevalencia de enfermedades crónicas y discapacidad en la población quechua podría incrementar la percepción de necesidad de atención y favorecer una mayor utilización de servicios formales, en comparación con los mestizos que presentarían menor prevalencia de enfermedades crónicas y discapacidad para nuestra muestra. En conjunto, estos hallazgos sugieren que el resultado observado no contradice necesariamente la literatura previa, sino que podría reflejar cambios contextuales y la heterogeneidad interna de este grupo poblacional.

Implicancias para la salud pública

Los hallazgos sugieren que la NUSFPS en poblaciones indígenas no depende únicamente de la disponibilidad de establecimientos de salud, sino de una interacción compleja entre factores estructurales, culturales y sociales, en línea con la etnicidad como determinante social de la salud (17). La mayor NUSFPS en la población aimara refuerza la necesidad de fortalecer estrategias de atención intercultural que incorporen el idioma, el reconocimiento de prácticas tradicionales y la construcción de confianza entre comunidades y sistema sanitario.

Asimismo, la menor NUSFPS observada en la población quechua evidencia la relevancia de políticas sostenidas de inclusión lingüística y territorial, así como intervenciones que reconozcan la heterogeneidad interna de los pueblos indígenas y sus distintas trayectorias de interacción con los servicios de salud. En conjunto, estos resultados respaldan el diseño de estrategias diferenciadas y culturalmente pertinentes orientadas a mejorar el acceso efectivo y oportuno, avanzando hacia la equidad y la cobertura universal, en concordancia con las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (17).

Limitaciones y fortalezas

Nuestro estudio presenta limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. En primer lugar, debido a su diseño transversal analítico basado en el uso de datos secundarios, no es posible establecer relaciones causales entre la etnia y la NUSFPS; sin embargo, los hallazgos ofrecen evidencia exploratoria relevante que permite identificar patrones diferenciales de utilización de servicios y generar hipótesis para futuros estudios longitudinales. En segundo lugar, al basarse en información auto reportada, los resultados podrían estar expuestos a sesgo de memoria, dado que algunas preguntas requirieron recordar eventos ocurridos en semanas previas, aunque la formulación de ítems específicos y respuestas dicotómicas podría haber atenuado parcialmente este efecto. En tercer lugar, no puede descartarse tampoco la presencia de sesgo de deseabilidad social, particularmente en la declaración del uso de servicios de salud formales, lo que podría haber llevado a una sobreestimación del acceso y afectar de manera diferencial a los distintos grupos étnicos. Finalmente, la etnia fue determinada por auto identificación, lo cual, si bien es el enfoque recomendado en estudios poblacionales, podría no capturar completamente la heterogeneidad cultural, lingüística y territorial existente dentro de cada grupo, especialmente en poblaciones quechuas y aimaras. No obstante, hasta donde tenemos conocimiento, este constituye el primer estudio que examina esta problemática mediante un compendio de cinco años de información poblacional, lo que aporta una visión más robusta y consistente del fenómeno y mejora la interpretabilidad de los resultados.

Conclusiones

El presente estudio evidencia que la etnicidad se asocia de manera significativa con la NUSFPS, observándose una mayor prevalencia en la población aimara y una menor prevalencia en la población quechua, en comparación con los mestizos.

La etnia quechua fue la más frecuente en la población peruana estudiada. De igual forma se encontraron diferencias significativas entre los grupos étnicos respecto al nivel educativo, situación laboral, lugar de residencia, seguro de salud afiliado y uso de lenguas nativas. La NUSFPS presentó una frecuencia elevada, siendo más frecuente en la población aimara, personas sin instrucción, residentes en zonas rurales del Perú, personas con discapacidad y sin seguro de salud.

Recomendaciones

Los hallazgos presentados sugieren que las desigualdades en el uso de los servicios de salud no pueden explicarse únicamente por factores socioeconómicos, sino que responden a una interacción compleja entre barreras estructurales, experiencias previas con el sistema sanitario, prácticas culturales y particularidades contextuales propias de cada grupo étnico, resaltando la necesidad de enfoques de salud pública diferenciados e interculturales que garanticen un acceso efectivo, oportuno y culturalmente pertinente a los servicios de salud. Por ello, futuros estudios deberían incorporar diseños longitudinales que permitan evaluar la relación temporal entre la percepción de enfermedad y la utilización de servicios de salud en poblaciones indígenas.

Asimismo, es recomendable incluir variables cualitativas que exploren las experiencias previas con el sistema sanitario, la confianza institucional y las prácticas de medicina tradicional, a fin de comprender mejor los determinantes culturales de la NUSFPS. La integración de indicadores objetivos de severidad clínica podría ayudar a diferenciar entre infrautilización asociada a barreras de acceso y aquella vinculada a decisiones informadas de manejo no formal. Finalmente, se sugiere desarrollar investigaciones específicas por grupo étnico y región geográfica, así como evaluar intervenciones interculturales orientadas a reducir brechas en el uso oportuno de servicios de salud.

Referencias

1. Díaz A, Rodríguez A, García R, Balcindes S, Jova R, De Vos P, et al. Utilización de los servicios médicos en un área de salud. *Rev Cubana Hig Epidemiol* [Internet]. 2013;51(1):27–39. Available from: <http://scielo.sld.cu><http://scielo.sld.cu>
2. Alcalde J, Lazo O, Nigenda G. Sistema de salud de Perú. *Salud pública Méx.* 2011 ; 53 Suppl 2: s243-54. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800019&lng=es.
3. Ksinan G, Bobák M, Pikhart H, Ksinan A. Job loss and lower healthcare utilisation due to COVID-19 among older adults across 27 European countries. *J Epidemiol Community Health* (1978). 2021 Nov 12;75(11):1078–83. doi:10.1136/jech-2021-216715 PubMed PMID: 33980720.
4. Puhl R, Lessard L, Himmelstein M, Foster G. The roles of experienced and internalized weight stigma in healthcare experiences: Perspectives of adults engaged in weight management across six countries. *PLoS One.* 2021 Jun 1;16(6):e0251566. doi:10.1371/journal.pone.0251566 PubMed PMID: 34061867.
5. Splinter M, Velek P, Ikram M, Kieboom B, Peeters R, Bindels P, et al. Prevalence and determinants of healthcare avoidance during the COVID-19 pandemic: A population-based cross-sectional study. *PLoS Med.* 2021 Nov 1;18(11):e1003854. doi:10.1371/journal.pmed.1003854 PubMed PMID: 34813591.
6. Ribeiro A, Vilasbôas A, De Almeida P. Experiences of access and use of primary health care by users with systemic arterial hypertension. *Rev Esc Enferm USP.* 2024;58:e20240109. doi:10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0109en PubMed PMID: 39475392.
7. Soto P, Virú M, Elorreaga O, Amaya E, Mezones E, Ramírez R, et al. Factores asociados a la no utilización de los servicios de prestación en salud de EsSalud en población urbana asegurada: Análisis de la encuesta nacional socioeconómica de acceso a la salud de los asegurados de EsSalud (ENSSA), Perú 2015. 2019.
8. Romani L, Ladera K, Quiñones D, Rios W, Juarez A, Vilchez J. Factors associated with the non-use of health services in LGBTI people from Peru. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2021 Apr 1;38(2):240–7.

- doi:10.17843/rpmesp.2021.382.6149 PubMed PMID: 34468570.
9. Hernández A, Visconti F, Azañedo D. Prevalence and factors associated with non-use of health services in the Peruvian population with COVID-19 symptomatology: A secondary analysis of the 2020 National Household Survey. *Epidemiol Health*. 2021 Jan 1;43. doi:10.4178/epih.e2021084 PubMed PMID: 34665956.
 10. Hernández A, Vargas R, Rojas C, Bendezu G. Factors associated with the non-utilization of healthcare services among venezuelan migrants in Peru. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2019;36(4):583–91. doi:10.17843/rpmesp.2019.360.4654 PubMed PMID: 31967249.
 11. Herrera P, Benites V, Hernández A. Association between the Non-use of Health Services and Maltreatment Based on Ethnicity in Peru. *J Health Care Poor Underserved*. 2022;33(1):234–52. doi:10.1353/hpu.2022.0018 PubMed PMID: 35153217.
 12. Castillo E, Peralta F, Benites V, Herrera P. Prevalencia y factores asociados al uso de remedios caseros en adultos que no acuden a los centros de salud: evidencia de una encuesta con base poblacional, 2019. [Lima]: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2021.
 13. Pari J, Cuba P, Almeida J, Aliaga N, Solano C, Chacaltana L, et al. Factors associated with non-responsible self-medication in Peru. *Revista del Cuerpo Medico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*. 2021 Mar 31;14(1):29–34. doi:10.35434/rcmhnaaa.2021.141.867
 14. Kruk M, Gage A, Arsenault C, Jordan K, Leslie H, Roder S, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *The Lancet Global Health*. Elsevier Ltd; 2018. p. e1196–252. doi:10.1016/S2214-109X(18)30386-3 PubMed PMID: 30196093.
 15. Grupo Banco Mundial. La falta de servicios de salud representa un desperdicio en materia de capital humano: cinco maneras para lograr una cobertura sanitaria universal. 2018.
 16. Horenstein A, Heimberg R. Anxiety disorders and healthcare utilization: A systematic review. *Clinical Psychology Review*. Elsevier Inc.; 2020. doi:10.1016/j.cpr.2020.101894 PubMed PMID: 32818687.
 17. Del Pino S, Coates A, Milton J, Gómez J, Ruiz C. Ethnicity and health policy: Building equitable solutions in the face of ethnic inequalities. *Rev Esp Salud*

- Publica. 2018 Sep 26;92:1–7. PubMed PMID: 30245505.
18. Arpi J, Sacramento A. Factores asociados a la renuncia al cuidado en servicios de salud ENAHO 2020. [Lima]: Universidad Norbert Wiener; 2023.
 19. Campos G, Condor R. La etnicidad en el Perú y su naturaleza multidimensional: una propuesta de medición. *Desde el Sur*. 2022 May 26;14(1):e0012. doi:10.21142/DES-1401-2022-0012
 20. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Hogares 2023. Lima; 2023.
 21. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Fichas Técnicas Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) 2019-2023 [Internet]. [cited 2026 Apr 15]. Available from: <https://proyectos.inei.gob.pe/microdatos/>
 22. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos [Internet]. 75a Asamblea General, Helsinki, Finlandia; 2024 Oct. Available from: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
 23. Barrios D, Vivianne D, Escobar A, Morera M. Declaración de Helsinki: cambios y exégesis Helsinki Declaration: changes and interpretation. *Revista Cubana de Salud Pública* [Internet]. 2016. Available from: <http://scielo.sld.cu>
 24. Halonen J, Erhola M, Furman E, Haahtela T, Jousilahti P, Barouki R, et al. The Helsinki Declaration 2020: Europe that protects. *Lancet Planet Health*. 2020 Nov;4(11):e503–5. doi:10.1016/S2542-5196(20)30242-4
 25. Gallardo L, Fernández P, Tereucán J, Rodríguez V. Loneliness among Chilean indigenous women: Family, community, and socio-cultural integration as protective factors. *J Women Aging*. 2023;35(6):526–41. doi:10.1080/08952841.2023.2189505 PubMed PMID: 36972167.
 26. Cortés I, Ceric F, Navarrete H, Rodríguez M, Otero MC. Andean medicinal plants and their secondary metabolites: Connections between Aymara traditional medicine and modern pharmacology. *Biochem Biophys Res Commun*. 2025 Mar 1;750. doi:10.1016/j.bbrc.2025.151328 PubMed PMID: 39889625.
 27. Intimayta C. Ethnic inequalities in coverage and use of women’s cancer screening in Peru. *BMC Womens Health*. 2024 Dec 1;24(1). doi:10.1186/s12905-024-03225-6 PubMed PMID: 39048988.
 28. Intimayta C, Rojas D. Diferencias étnicas en la percepción sobre la desigualdad

- en el acceso a la salud en Perú. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*. 2024 Feb 1;16(4).
29. Song J, Han S, Amaru R, Lanikova L, Quispe T, Kim D, et al. Alternatively spliced NFKB1 transcripts enriched in Andean Aymara modulate inflammation, HIF and hemoglobin. *Nature Communications* . 2025 Dec 1;16(1). doi:10.1038/s41467-025-56848-0 PubMed PMID: 39971917.
 30. Amaru R, Song J, Reading N, Gordeuk V, Prchal J. What We Know and What We Do Not Know about Evolutionary Genetic Adaptation to High Altitude Hypoxia in Andean Aymaras. *Genes (Basel)*. 2023 Mar 3;14(3):640. doi:10.3390/genes14030640 PubMed PMID: 36980912.
 31. Amaru R, Prchal J, Ganz T, Zhang X, Paton D, Carrasco M, et al. Increased Transferrin Concentrations Are Not Associated With Thrombosis in People Living at High Altitude. *J Hematol*. 2025 Feb;14(1):20–5. doi:10.14740/jh1388
 32. Silva V, Canals A, Cifuentes L. Association Between Amerindian Ancestry and Chronic Obstructive Pulmonary Disease in the Chilean Mixed Population. *J Pers Med*. 2025 Apr 1;15(4). doi:10.3390/jpm15040137
 33. Carrasco G, Manrique E, Tello K, Miranda J. Travel Time to Health Facilities as a Marker of Geographical Accessibility Across Heterogeneous Land Coverage in Peru. *Front Public Health*. 2020 Sep 16;8. doi:10.3389/fpubh.2020.00498

Anexos

Figura 1. Flujoograma

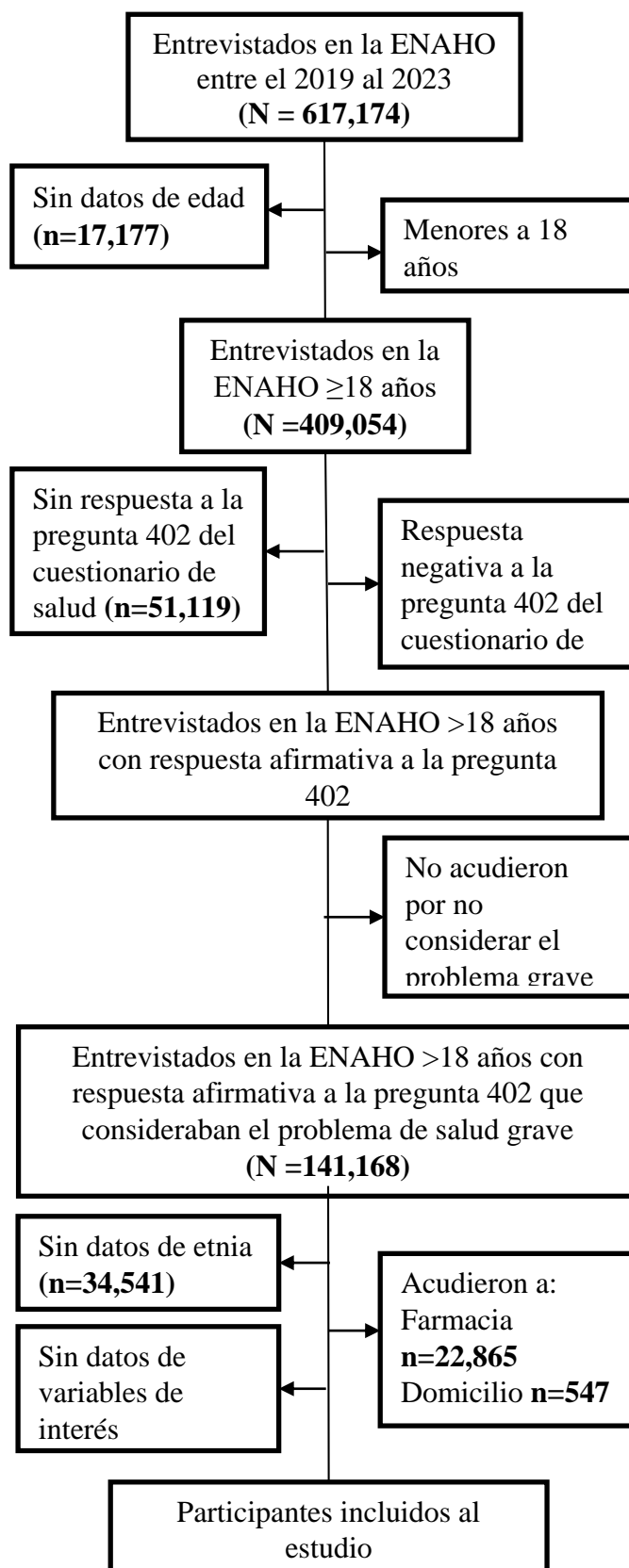


Tabla 1. Características generales de la población de estudio (n=74,728)

Características	n	%*	IC 95%*
Edad			
18-29	18,192	24.8	24.3 – 25.3
30-49	13,714	18.2	17.8 – 18.7
50-59	25,653	34.4	33.9 – 34.9
≥60	17,169	22.6	22.1 – 23.2
Sexo			
Mujer	39,243	52.6	52.2 – 53.1
Hombre	35,485	47.4	46.9 – 47.8
Nivel de instrucción			
Sin nivel educativo	5,138	6.7	6.4 – 7.0
Primaria	27,900	36.3	35.7 – 36.9
Secundaria	26,026	35.1	34.5 – 35.6
Superior no universitaria	6,972	9.6	9.2 – 9.9
Superior universitaria	8,692	12.4	11.9 – 13.0
Estado civil			
Soltero	18,302	26.8	26.3 – 27.3
Conviviente	21,437	27.4	26.7 – 28.0
Casado	21,112	27.3	26.7 – 27.9
Viudo	4,904	6.3	6.0 – 6.6
Divorciado/separado	8,973	12.2	11.9 – 12.6
Empleo			
No	23,622	29.4	28.6 – 30.2
Sí	51,106	70.6	69.4 – 71.8
Región			
Lima metropolitana	11,644	39.2	37.6 – 40.8
Costa	23,094	25.6	24.3 – 27.0
Sierra	21,198	21.6	20.5 – 22.8
Selva	18,792	13.6	12.7 – 14.5
Residencia			
Urbano	51,154	82.5	81.7 – 83.2
Rural	23,574	17.5	16.8 – 18.3
Etnia			
Mestizo	40,446	45.4	44.3 – 46.4
Quechua	18,466	37.4	36.2 – 38.7
Aimara	2,718	2.9	2.6 – 3.3
Nativo amazónico	1,849	2.5	2.2 – 2.8
Afroperuano	4,720	4.9	4.6 – 5.2
Blanco	3,327	3.5	3.3 – 3.7
Otro	3,202	3.3	3.2 – 3.5
Enfermedad crónica			
No	32,865	42.9	42.3 – 43.6
Sí	41,863	57.1	56.4 – 57.7
Discapacidad			
No	68,977	92.1	91.8 – 92.4
Sí	5,751	7.9	7.6 – 8.2
Seguro de salud			

Sin seguro	8,241	11.9	11.4 – 12.3
SIS	47,576	59.9	59.0 – 60.8
EsSalud	16,668	23.7	23.1 – 24.4
FF. AA / PNP	789	1.3	1.2 – 1.5
Privado	1,454	3.2	2.9 – 3.6
Idioma			
Castellano	60,607	82.24	82.0 – 83.7
Lengua nativa	12,788	17.35	15.9 – 17.6
Lengua foránea	132	0.18	0.16 – 0.28
Lenguaje de señas/No habla	165	0.22	0.18 – 0.28

SIS: Seguro Integral de Salud, EsSalud: Seguro Social de Salud; FF.

AA: fuerzas armadas; PNP: Policía Nacional del Perú

* Porcentajes ponderados según el complejo muestral de la encuesta.

Lima Metropolitana	3,584 (21.2)	7,136 (71)	153 (21.9)	173 (29)	209 (11.6)	168 (14.7)	221 (15.6)	
Costa	12,414 (31.7)	3,887 (11.3)	982 (30.1)	904 (42.1)	2,609 (54.4)	1,385 (41.5)	913 (29.3)	<0.001
Sierra	13,270 (30)	3,698 (10.2)	1,291 (38.7)	392 (19.1)	833 (16.5)	813 (23.3)	901 (28.4)	
Selva	11,178 (17.1)	3,745 (7.6)	292 (9.2)	380 (9.8)	1,069 (17.5)	961 (20.5)	1,167 (26.6)	
Residencia								
Urbano	25,881 (75.4)	14,700 (93.1)	1,496 (72)	1,298 (83)	3,382 (80.6)	2,273 (77.6)	2,124 (76.1)	<0.001
Rural	14,565 (24.6)	3,766 (6.9)	1,222 (28)	551 (17)	1,338 (19.4)	1,054 (22.4)	1,078 (23.9)	
Enfermedades Crónicas								
No	18,197 (44.8)	7,565 (39.9)	1,211 (44.9)	830 (47)	2,079 (44.4)	1,516 (43.4)	1,467 (44.8)	<0.001
Sí	22,249 (55.2)	10,901 (60.1)	1,507 (55.1)	1,019 (53)	2,641 (55.6)	1,811 (56.6)	1,735 (55.2)	
Discapacidad								
No	37,444 (92.4)	16,853 (91.4)	2,508 (91.2)	1,717 (93.4)	4,399 (93.1)	3,090 (92.7)	2,966 (92.6)	0.004
Sí	3,002 (7.6)	1,613 (8.6)	210 (8.8)	132 (6.6)	321 (6.9)	237 (7.3)	236 (7.4)	
Seguro de Salud								
Sin seguro	4,218 (10.9)	2,238 (13.1)	392 (15.1)	193 (10.8)	491 (11)	351 (11)	358 (11.4)	<0.001
SIS	26,951 (65.6)	10,489 (51.5)	1,577 (59.2)	1,296 (69.6)	3,006 (62.6)	2,185 (63.2)	2,072 (63.2)	
EsSalud	8,327 (20.7)	4,831 (28.1)	696 (23.4)	319 (17.3)	1,088 (23.3)	702 (22.5)	705 (23.1)	
Sanidades FFAAPP	387 (1.1)	229 (1.7)	21 (0.9)	16 (0.9)	57 (1.3)	45 (1.4)	34 (1)	
Privado	563 (1.8)	679 (5.6)	32 (1.4)	25 (1.3)	78 (1.8)	44 (1.9)	33 (1.3)	
Idioma								
Castellano	33,253 (83.7)	14,783 (80.8)	1,291 (47.7)	1,624 (89.7)	4,211 (89.9)	2,853 (86.7)	2,592 (82)	<0.001
Lengua nativa	6,335 (15.9)	3,450 (18.9)	1,406 (52)	176 (9.7)	453 (9.7)	421 (12.8)	547 (17.3)	
Lengua foránea	63 (0.2)	38 (0.2)	0	4 (0.2)	9 (0.2)	6 (0.2)	12 (0.4)	
Lenguaje de señas / No habla	92 (0.2)	31 (0.02)	7 (0.3)	7 (0.4)	9 (0.2)	9 (0.3)	10 (0.3)	

SIS: Seguro Integral de Salud; EsSalud: Seguro Social de Salud; Sanidades FFAAPP

* Los resultados se presentan como frecuencia y porcentaje n (%).

Tabla 3. Características generales de la población según la no utilización de los servicios formales de prestación de salud (n=74,728)*

Características	Utilización de Servicios Formales de Prestación de Salud				<i>p</i>
	Sí (n= 39,111)		No (n=35,617)		
Etnia					
Mestizo	20,819	(51.5)	19,627	(48.5)	<0.001
Quechua	10,106	(54.7)	8,360	(45.3)	
Aimara	1,266	(46.6)	1,452	(53.4)	
Nativo amazónico	979	(52.9)	870	(47.1)	
Afroperuano	2,578	(54.6)	2,142	(45.4)	
Blanco	1,772	(53.3)	1,555	(46.7)	
Otro	1,591	(49.7)	1,611	(50.3)	
Edad					
18-29	9,533	(52.4)	8,659	(47.6)	0.032
30-49	7,226	(52.7)	6,488	(47.5)	
50-59	13,323	(52.0)	12,330	(48.0)	
≥60	9,029	(52.6)	8,140	(47.4)	
Sexo					
Mujer	20,683	(52.7)	18,560	(47.3)	0.093
Hombre	18,428	(51.9)	17,057	(48.1)	
Nivel de instrucción					
Sin nivel educativo	2,633	(51.3)	2,505	(48.7)	0.008
Primaria	14,445	(51.8)	13,455	(48.3)	
Secundaria	13,625	(52.4)	12,401	(47.6)	
Superior no universitaria	3,771	(54.1)	3,201	(45.9)	
Superior universitaria	4,637	(53.4)	4,055	(46.6)	
Estado civil					
Soltero	9,622	(52.6)	8,680	(47.4)	0.149
Conviviente	11,231	(52.4)	10,206	(47.6)	
Casado	10,920	(51.7)	10,192	(48.3)	
Viudo	2,558	(52.2)	2,346	(47.8)	
Divorciado/separado	4,780	(53.3)	4,193	(46.7)	
Residencia					
Urbano	27,137	(53.8)	24,017	(46.2)	<0.001
Rural	11,974	(50.6)	11,600	(49.4)	
Enfermedad crónica					
No	17,308	(52.7)	15,557	(47.3)	0.711
Sí	21,803	(52.1)	20,060	(47.9)	
Discapacidad					
No	36,279	(53.5)	32,698	(46.5)	0.003
Sí	2,832	(50.5)	2,919	(49.5)	
Región					
Lima metropolitana	6,664	(57.2)	4,980	(42.8)	<0.001
Costa	12,375	(53.6)	10,719	(46.4)	
Sierra	10,611	(50.1)	10,587	(49.9)	
Selva	9,461	(50.4)	9,331	(49.7)	
Empleo					
No	12,111	(29)	11,511	(29.8)	0.079
Sí	27,000	(71)	24,106	(70.2)	

Idioma

Castellano	32,260	(52.2)	28,347	(46.8)	
Lengua nativa	6,237	(48.8)	6,551	(51.2)	<0.001
Lengua foránea	73	(55.3)	59	(44.7)	
Lenguaje de señas/No habla	86	(52.1)	79	(47.9)	

Seguro de salud

Sin seguro	2,622	(31.8)	5,619	(68.2)	
SIS	24,745	(52.0)	22,831	(48.0)	<0.001
EsSalud	10,217	(61.3)	6,451	(38.7)	
Sanidades FFAAPP	500	(63.4)	289	(36.6)	
Privado	1,027	(70.7)	427	(29.3)	

SIS: Seguro Integral de Salud, EsSalud: Seguro Social de Salud; FF. AA: fuerzas armadas; PNP: Policía Nacional del Perú

* Los resultados se presentan como frecuencia y porcentaje n (%).

Tabla 4. Asociación entre etnia y la no utilización de los servicios formales de prestación en salud estratificado por etapas de la pandemia por COVID-19.

Características	Modelo crudo			Modelo ajustado*											
				General			Pre pandemia [†]			Pandemia [†]			Post pandemia [†]		
	cRP	IC 95%	<i>p</i>	aRP	IC 95%	<i>p</i>	aRP	IC 95%	<i>p</i>	aRP	IC 95%	<i>p</i>	aRP	IC 95%	<i>p</i>
Etnia															
Mestizo	Ref			Ref			Ref			Ref			Ref		
Quechua	0.92	0.89 – 0.95	< 0.001	0.96	0.93 – 0.99	0.024	0.93	0.87 – 0.99	0.032	0.99	0.95 – 1.03	0.519	0.95	0.89 – 1.02	0.143
Aimara	1.14	1.08 – 1.20	< 0.001	1.12	1.06 – 1.18	< 0.001	1.18	1.03 – 1.35	0.015	1.15	1.08 – 1.22	< 0.001	1.05	0.94 – 1.19	0.388
Nativo amazónico	0.97	0.89 – 1.05	0.420	0.97	0.89 – 1.05	0.443	0.98	0.81 – 1.20	0.869	0.99	0.90 – 1.09	0.820	0.93	0.77 – 1.12	0.443
Afroperuano	0.95	0.91 – 0.99	0.039	0.97	0.92 – 1.01	0.111	0.93	0.85 – 1.03	0.161	0.96	0.91 – 1.02	0.148	1.04	0.93 – 1.15	0.495
Blanco	1.00	0.96 – 1.05	0.883	1.01	0.96 – 1.06	0.693	1.01	0.91 – 1.12	0.863	1.01	0.95 – 1.07	0.796	1.01	0.90 – 1.13	0.850
Otro	1.06	1.00 – 1.11	0.037	1.05	1.00 – 1.11	0.042	1.02	0.91 – 1.14	0.701	1.06	0.99 – 1.12	0.068	1.07	0.95 – 1.20	0.297

cRP: razón de prevalencia cruda; aRP: razón de prevalencia ajustada; IC: intervalo de confianza

*Modelo ajustado por nivel de instrucción, residencia, discapacidad, región y seguro de salud

[†] Se consideró como periodo pre pandémico la información de la ENAHO 20219, periodo pandémico 2020 – 2022 y post pandémico 2023.