

**ESTUDIO DE LA ACCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA
SALUD Y ONU MUJERES EN RELACIÓN CON LA SALUD MATERNA
EN PERÚ: ENTORNOS URBANOS, ENTORNOS RURALES Y
COMUNIDADES INDÍGENAS**

Sara Azamar Cambra

Tutora: Marta Abegón Novella

CEI International Affairs
Barcelona, 29 de abril de 2016

ÍNDICE

Introducción	1
CAPÍTULO PRIMERO. LA SALUD MATERNA EN PERÚ	4
I. Realidad y problemáticas de la salud materna en Perú	5
II. La salud materna en Perú: zonas urbanas, zonas rurales y comunidades indígenas	11
A. La salud materna en el entorno urbano: realidad y problemáticas	11
B. La salud materna en el entorno rural y en las comunidades indígenas: realidad y problemáticas. Particularidades de las comunidades indígenas	12
CAPÍTULO SEGUNDO. ACTUACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD / ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD RESPECTO DE LA SALUD MATERNA EN PERÚ	18
I. Actuación en entornos urbanos	22
A. Estrategia de Cooperación Técnica OPS/OMS - Perú 2010-2014	22
B. Estrategia de Cooperación Técnica OPS/OMS - Perú 2014-2019	24
II. Actuación en entornos rurales y comunidades indígenas	25
A. Estrategia de Cooperación Técnica OPS/OMS - Perú 2010-2014	26
B. Estrategia de Cooperación Técnica OPS/OMS - Perú 2014-2019	27
C. Actuación en las comunidades indígenas	28
CAPÍTULO TERCERO. ACTUACIÓN DE ONU MUJERES RESPECTO DE LA SALUD MATERNA EN PERÚ	33
I. Actuación en entornos rurales	36
II. Actuación en las comunidades indígenas	37
Conclusiones	41
Fuentes de información	46
Anexos	50

INTRODUCCIÓN

Sin lugar a dudas, la mujer ocupa un lugar central en la sociedad. En la colectividad en la cual se encuentra inmersa, aun cuando pudiendo variar notablemente sus valores, tradiciones y cultura, la mujer desempeña, sea cual sea la realidad que la envuelve, un papel de gran importancia en el equilibrio de la comunidad y en cuanto al avance en general de dicha sociedad. Siendo la mujer una valiosa fuente de transmisión de valores a las futuras generaciones, y en especial a las hijas, tal vital importancia traspasando el ámbito familiar la erige en un poderoso elemento respecto al cambio y el progreso en las sociedades.

Uno de los ejes centrales y más importantes sobre el cual las sociedades estructuran su cotidianidad es la salud de sus habitantes y el sistema de acceso a tal ámbito. La salud de la población de un país constituye en gran parte una fracción de su estructura social, si bien transcurre a través de la interrelación entre la gente y sus entornos en el proceso de vida diaria, es decir, donde la gente vive, trabaja, ama y aprende. Constituyendo un derecho humano básico y un requisito preliminar para poder gozar plenamente de todos los demás derechos de la humanidad, la garantía de una salud óptima de la población de un país ha de tener en cuenta los factores sociales, físicos, ambientales y económicos que determinan la salud de sus habitantes, así como el proceso político en el cual el país se encuentra inmerso.

Tanto la población femenina peruana que habita en las áreas urbanas como consecuencia del centralismo y de los patrones de migración y urbanización registrados, como las mujeres que viven en entornos rurales de sierra y selva, son las cifras entorno a las cuales se ceñirá el contenido del presente trabajo. Se distingue de este modo el hecho que el contenido del trabajo tratará por separado las líneas de acción emprendidas respecto a la población femenina urbana y la población femenina de áreas rurales, concretando además en este último caso la que habita en comunidades indígenas. Asimismo, cabe destacar que la brecha entre lo rural y lo urbano es significativa para el país porque es precisamente en las áreas rurales donde se presentan las mayores inequidades sociales, económicas y culturales, tal y como veremos más adelante.

De igual modo, el objeto de estudio del presente trabajo responde a la voluntad de investigar la acción emprendida por la Organización de las Naciones Unidas en el campo de la salud materna. El trabajo se basa, más concretamente, en la labor efectuada sobre el terreno por parte de dos entes pertenecientes a la Organización de las Naciones Unidas; de una parte la Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud, como organismo especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en el respectivo ámbito, y por otra parte la entidad ONU Mujeres, destinada a fomentar el empoderamiento de la mujer y la igualdad de género a escala mundial. De igual manera, y tal y como se ha mencionado anteriormente, si bien el presente trabajo radica en el estudio del acceso de la mujer peruana a los sistemas de salud que garanticen una salud materna óptima, este análisis se efectuará procediendo - en base a tres perfiles bien diferenciados, de un lado la mujer que vive en entornos urbanos del Perú y, por el otro, la mujer que habita en zonas rurales, especificando a su vez la realidad concreta de la población femenina perteneciente a las comunidades indígenas del país. El acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el alumbramiento, así como los factores ambientales, culturales y económicos, entre otros,

que lógicamente influyen de manera contundente en la calidad de la salud materna, serán aspectos abordados con la investigación del campo de acción emprendido por los dos entes integrantes de la Organización de las Naciones Unidas.

Desde este punto de vista, el objetivo es el análisis de tales líneas de acción, la actividad que llevan a cabo no tan sólo respecto a la promoción de la salud de la mujer, sino también en cuanto a la capacidad para responsabilizarse de su propia salud. El tener capacidad para responsabilizarse de la salud implica que la mujer tenga la seguridad suficiente para tomar decisiones propias en relación a la salud, significa tener los conocimientos y habilidades necesarios para poder participar en la toma de decisiones no tan sólo a nivel individual sino también en base a medidas colectivas, es decir, a favor de una salud sostenible dentro de la familia que a su vez repercute en el entorno inmediato, en la comunidad. De este modo, la tarea que sobre el terreno efectúan la Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud y ONU Mujeres implica que la información se convierta en conocimientos, que la capacitación de la mujer peruana para que adquiera un mayor control sobre su salud materna sea un concepto dinámico y evolutivo que involucre a la comunidad en el contexto de su cotidianidad, lo cual consecuentemente promueva el alcance del máximo nivel de bienestar físico, mental y social para la mujer y para su entorno.

Por último, múltiples preguntas pueden ser planteadas inicialmente, cuyas respuestas se irán alcanzando a lo largo de la realización del trabajo. En concreto y en este caso se parte de tres cuestiones: ¿qué acciones desarrollan la Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud y ONU Mujeres en relación con la promoción y protección de la salud materna en Perú?, ¿dichas acciones tienen en cuenta las realidades particulares vividas por la mujer que habita en un entorno urbano, la mujer que habita en un entorno rural y la mujer que se asienta en una comunidad indígena?, ¿qué resultado están obteniendo estas acciones?.

La búsqueda de respuestas a las cuestiones inicialmente planteadas conducirá a confirmar si en Perú existen dinámicas de acción diferenciadas en cuanto al acceso a sistemas de salud que garanticen una salud materna óptima, respecto de la mujer que habita en un entorno urbano y la que reside en un entorno rural y, a su vez, la mujer que pertenece a una comunidad indígena. Con tal de proceder a esta tarea, se trabajará sobre la base de fuentes concretas de información que emanarán de tres ámbitos. Por un lado las políticas emprendidas por el Gobierno en el ámbito de la salud materna en todo el territorio del país, por el otro, los análisis y líneas de acción llevadas a cabo por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud y, constituyendo el tercer y último ámbito, las políticas de acción emprendidas por ONU Mujeres. El contenido de la información se distribuye en tres capítulos, correlativos a las fuentes objeto de análisis anteriormente citadas. El primer capítulo versa sobre el estudio aproximativo al estado de la salud materna en Perú, con lo cual se examinará el modo como la autoridad estatal y las principales agencias oficiales de salud responden a las carencias en este campo; asimismo, se tratará de observar el modo cómo se incide en las diversas y contrapuestas regiones del territorio peruano, trabajando sobre los tres perfiles de mujer. El segundo capítulo incide en la actuación en el ámbito de la salud materna por parte de la OPS/OMS, analizando qué prácticas son implementadas sobre la población femenina atendiendo al contexto físico y cultural en el cual la mujer peruana habita

y se convierte en madre. El tercer capítulo procederá a analizar cómo ONU Mujeres trabaja para garantizar una salud materna óptima y de calidad en todas las regiones del Perú.

CAPÍTULO PRIMERO

LA SALUD MATERNA EN PERÚ

En Perú, ámbito geográfico de concreción del presente trabajo, país ubicado en la parte central y occidental de América del Sur con una superficie de 1.285.215,6 km², fue diagnosticada en fecha de 30 de junio de 2015 una población de 31.151.643 de habitantes. Del total de la población peruana 50,1% eran hombres, concretamente 15.605.814 individuos, y un 49,9% población femenina, representando 15.545.829 mujeres. Asimismo, la población urbana alcanzaba en esta fecha el 76,7%, con más de 23 millones de habitantes, y la población rural peruana el 23,3%, con más de 7 millones de residentes¹.

La configuración actual de distribución demográfica en Perú se debe a varios aspectos sociales, políticos y económicos que han producido una masiva migración del campo a la ciudad en los últimos años; sin lugar a dudas el crecimiento demográfico en Perú se orienta principalmente hacia los centros urbanos. Estas corrientes migratorias hacia las áreas urbanas e industriales han determinado grandes contrastes en la ocupación del territorio² A consecuencia de ello en la franja costera, que representa apenas el 11,40% del territorio nacional, vive el porcentaje más elevado de población peruana; en la Sierra, que representa un 29,7% del territorio, la población establecida es menor y en lo que respecta la Selva, la mayor región natural de Perú en cuanto a extensión al representar el 58,9% del territorio³, el porcentaje de población se reduce aún más⁴. A nivel de organización del territorio, los departamentos son las circunscripciones de mayor nivel del Perú. Están dotadas de gobiernos autónomos en asuntos políticos y administrativos delimitados. Desde 2003, el Perú cuenta con veintiséis circunscripciones de nivel regional: veinticuatro departamentos y dos provincias con regímenes especiales, la Provincia Constitucional del Callao y la Provincia de Lima⁵

El sistema público de salud se fragmenta en tres niveles. En un primer nivel encontramos el MINSA⁶, Ministerio de Salud del Perú, y las Direcciones Regionales de Salud, que poseen la red de establecimientos públicos más grande del país y que atienden a poblaciones de bajos recursos y sin seguro. En un segundo nivel el Seguro Social de Salud del Perú, *EsSALUD*, la

¹ Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población Urbana y Rural por sexo y edades quinquenales, según departamento, 2000-2015. Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI. Gobierno de Perú.

Véase Anexo 1: 'Población Total al 30 de junio, por grupos quinquenales de edad, según departamento, 2015'. Instituto Nacional de Estadística e Informática. INEI. Gobierno de Perú.

Fuente: <http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib1039/libro.pdf>, p. 27.

Anexo 2: 'Población femenina al 30 de junio, por grupos quinquenales de edad, según departamento, 2015'. Instituto Nacional de Estadística e Informática. INEI. Gobierno de Perú.

Fuente: <http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0846/libro.pdf>, p. 70.

² MATOS MAR, J. *Las Migraciones Campesinas y el Proceso de Urbanización en el Perú*, Lima, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 1990, pp. 6-24. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org>. (Consultado el 4 de febrero de 2016)

³ Véase Anexo 3: 'Mapa de Perú: territorios de costa, sierra y selva'.

Fuente: <http://censos.inei.gob.pe/censos2007/documentos/ResultadoCPV2007.pdf>

⁴ Población Urbana y Rural 2015. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Gobierno de Perú.

⁵ Véase Anexo 4: 'Mapa de departamentos de Perú'.

Fuente: <http://www.nalsite.com/Servicios/Mapas/Provincias/peru.asp?pa=147>

⁶ Ministerio de Salud. Gobierno de Perú. Órgano del poder ejecutivo del Gobierno, es el ente rector del sector salud que tiene la misión de proteger la dignidad personal, promoviendo la salud, previniendo las enfermedades y garantizando la atención integral de salud de todos los habitantes del país. Por ello, propone y conduce políticas sanitarias en concertación con todos los sectores públicos y los actores sociales. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/> (Consultado el 27 de enero de 2016)

segunda red de mayor cobertura en el país pero exclusivamente destinada a la población asalariada y a sus familiares. Por último en un tercer nivel la sanidad de las Fuerzas Armadas (FF.AA) y las Fuerzas Policiales, incidiendo sobre sus trabajadores y familiares directos, con redes de menor extensión y cobertura. En el otro extremo se situaría el sector privado, que focaliza su atención en el sector de población con mayores ingresos. Tal y como podemos observar a partir de la fragmentación en tres niveles, el sistema de salud pública en Perú está segmentado al existir subsistemas con diferentes formas de financiamiento y prestaciones que atienden a segmentos de la población de manera excluyente, existe pues una multiplicidad de organismos que hace difícil una atención homogénea para todos los grupos de población. Por otro lado, persisten en la población de Perú importantes barreras al acceso a los servicios de salud. Aproximadamente un 20% de la población del país tiene posibilidades de acceder a los servicios del seguro social, sólo el 12% accede a los servicios privados y 3% es atendido por la Sanidad de las Fuerzas Armadas (FF.AA) y de la Policía Nacional del Perú (PNP). El 40% depende de los servicios del Ministerio de Salud y se estima que un 25% del total no tiene posibilidades de acceder a ningún tipo de servicio de salud, datos que nos indican que las inequidades socioeconómicas, étnicas y de género ocupan todavía un lugar central en el sistema de salud del Perú. Siendo el derecho a la salud un derecho humano fundamental consagrado en la Constitución Política del Estado, así como en los Tratados y Convenios Internacionales ratificados por el país, desde el Ministerio de Salud del Perú se está impulsando la modernización del sector hacia la oferta de servicios integrados del sistema de salud, que permitan tener una organización con orden y efectiva⁷.

I. Realidad y problemáticas de la salud materna en Perú

El Gobierno de Perú dispone de datos oficiales que miden el estado de la salud materna en el país. La *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar*, conocida como *ENDES*, es una de las investigaciones estadísticas más importantes que ejecuta de manera continua, año tras año, el Instituto Nacional de Estadística e Informática⁸. Los últimos datos publicados nos remiten al año 2014, a partir de los cuales obtendremos la visión de conjunto de Perú en cuanto a este ámbito de salud de la mujer⁹. Pese a no disponer de datos más actuales, el espacio de tiempo que transcurre desde este contexto a analizar hasta la actualidad no es un espacio amplio, con lo cual las posibles variaciones que podrían darse en el momento presente serían reducidas.

En primer lugar cabe recalcar el hecho que la población femenina peruana de 15 a 49 años de edad fue una población relativamente joven, pues el 47,0% de ellas eran menores de 30 años. Por ámbito geográfico, una gran mayoría de las mujeres en edad fértil residían en el área urbana del país, destacando Lima Metropolitana por albergar un 33,1% del total de esta fracción de población. En cambio porcentajes más bajos de población femenina se ubicaron en localidades situadas en la región natural de Resto Costa y en territorio de la Sierra, siendo

⁷ Ministerio de Salud Pública del Perú, MINSA. Gobierno del Perú.

Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_7.asp?sub5=7 (Consultado el 29 de enero de 2016)

⁸ La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar brinda información sobre la dinámica demográfica y el estado de salud de las madres y niñas y niños menores de cinco años residentes en el territorio nacional, y cuyos resultados se ponen a disposición de autoridades de gobierno, entidades públicas, centros de investigación, universidades y estudiosos en general. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/> (Consultado el 29 de enero de 2016)

⁹ Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/> (Consultado el 29 de enero de 2016)

todavía menor el sector de población femenina con residencia en la Selva peruana¹⁰. Respecto a la tasa global de fecundidad en Perú, contrastando el año 2009 con el 2014 se observó una tendencia de disminución en algunos de los departamentos del país, siendo Loreto, Ucayali, Amazonas y Piura aquellos en que sus mujeres continuaron manifestando una tasa de fecundidad elevada, con una mediana de 3 a 4 hijos¹¹.

Respecto del nivel de educación de las mujeres peruanas, si bien este factor puede influir de modo notable en sus actitudes y prácticas relacionadas con la salud materna, y asimismo en cuanto a su comportamiento reproductivo o bien en la práctica de la planificación familiar, en Perú en 2014 un 59,7% de las entrevistadas tenían educación secundaria completa o superior. El área urbana superó ampliamente lo observado en el área rural, siendo a su vez dicha proporción mayor entre las mujeres del quintil superior de riqueza¹² y entre las que tenían de 20 a 24 años de edad. Al contrario, un 12,7% de mujeres entrevistadas no tenían educación o no habían completado su educación primaria, porcentaje que en el área rural fue notablemente mayor a lo observado en el área urbana. Por otra parte, la relación entre área de residencia y nivel educativo de las mujeres se manifestó con mayor evidencia cuando se examinó la educación superior, pues en el área urbana el porcentaje de mujeres en edad fértil que alcanzaron una educación superior fue cinco veces la del área rural. Correlativamente estas diferencias también se presentaron respecto a región natural, constatándose en Lima Metropolitana el mayor porcentaje de mujeres en edad fértil con educación superior, seguida de la Sierra y en último lugar la Selva¹³. A nivel nacional la mediana de años de estudios aprobados fue más alta entre las mujeres ubicadas en el quintil superior de riqueza, que contrastó con la mediana de estudios aprobados por las ubicadas en el quintil inferior de riqueza. Por último, según área de residencia, las mujeres en edad fértil del área urbana tuvieron la más alta mediana de estudios aprobados, muy superior a la alcanzada entre las residentes del área rural del país.¹⁴

Se procederá a continuación al análisis específico del estado de la salud materna en Perú. Con tal de evaluar cuál es su condición, tres aspectos relacionados con este campo serán examinados: la atención prenatal, la asistencia durante el parto y el cuidado posparto.

A. Atención prenatal

En referencia a la cobertura y calidad de la atención prenatal, durante y después del parto, éstos constituyen factores estrechamente ligados a la salud materna y del recién nacido. El

¹⁰ Encuesta demográfica y de Salud Familiar, 2014. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Gobierno de Perú. P. 85.

¹¹ Véase Anexo 5: 'Perú: Tasa Global de Fecundidad, según Departamento'. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Gobierno de Perú.

Fuente: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/mapas/mapas.pdf. p. 1.

¹² Quintil de riqueza: es el nombre dado a los cinco grupos que clasifican a la población por niveles de ingresos económicos. Cada quintil corresponde al 20% de la población según el ingreso del hogar. Los quintiles 1 a 4 corresponden al 80% de la población con menores ingresos y el quintil 5 al 20% de mayor ingreso. Para saber a qué quintil se pertenece, un individuo debe sumar todos los ingresos del hogar y dividirlos por la cantidad de ingresos de su familia. Disponible en: www.elquintopoder.cl/economia (Consultado el 2 de febrero de 2016)

¹³ Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2014. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Gobierno de Perú, p. 87.

¹⁴ Ídem, p. 88.

control médico durante el embarazo es muy importante, la mujer embarazada es examinada y se le toman varias pruebas para detectar situaciones que puedan poner en peligro su salud y el desarrollo normal del embarazo. Asimismo, se aconseja de cómo alimentarse durante el embarazo, los síntomas y signos de posibles complicaciones del parto y cómo cuidar y alimentar al recién nacido o nacida¹⁵. En Perú, durante el transcurso del 2014 el 96,9% de las mujeres tuvieron algún tipo de control prenatal efectuado por personal de salud calificado, lo cual constituyó ciertamente un aumento sobre el 94,3% encontrado en el año 2009. Se observaron una serie de cambios significativos, así por ejemplo subió la atención por médico y, al contrario, la atención prenatal por obstetra presentó una tendencia a disminuir. Las diferencias de atención prenatal se evidenciaron de modo notable según las características demográficas y sociales presentadas por la mujer peruana. Un porcentaje más reducido de menores de 20 años de edad fueron atendidas por un médico en comparación con las mujeres de 35 a 49 años de edad y, al contrario, un número más elevado de las menores de 20 años controlaron su embarazo con una obstetra. Asimismo, según el orden de nacimiento una mayor proporción de mujeres en su primer nacimiento fueron atendidas por un médico, porcentaje que disminuyó de modo notable en comparación con el sexto o posterior nacimiento. En cuanto al nivel de educación de las mujeres, a mayor educación superior adquirida por la mujer, mayor fue el control médico al cual se sometió a lo largo del embarazo; sin duda una cifra elevada respecto de la registrada en las mujeres sin educación, si bien el porcentaje se redujo de modo sensible en este último caso a más de cuarenta puntos. Con relación a la capacidad adquisitiva, la diferencia entre el quintil superior y el quintil inferior de riqueza en relación a la atención médica recibida osciló notablemente, representando más de cincuenta puntos de diferencia entre las dos franjas económicas clasificatorias. Por el contrario, en el caso de la atención por obstetra los patrones quedaron invertidos entre los dos quintiles, siendo este tipo de atención recibida más presente entre las mujeres ubicadas en el quintil inferior en comparación con las del quintil superior¹⁶.

Según ámbito geográfico, más mujeres peruanas fueron atendidas por médico en el área urbana que en la zona rural. En cambio, la atención por obstetra y enfermera fue claramente mayor en el área rural. Por región natural, la atención por médico durante el embarazo fue alta en Lima Metropolitana y Resto Costa, pero disminuyó en el caso de la Sierra y en cuanto a la Selva. Por otra parte, la Selva y la Sierra fueron las zonas geográficas que mostraron mayores porcentajes de atención por obstetra. Otro dato importante a destacar es el caso de las mujeres que no recibieron ningún tipo de atención durante el embarazo. Aunque estos porcentajes fueron reducidos, se percibió una diferencia entre el área de residencia urbana y la rural, siendo un 0,9% de las mujeres que no se sometieron a control en las áreas urbanas, y un 3,3% de ellas en las áreas rurales. Asimismo cabe subrayar la baja proporción de ausencia de

¹⁵ Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2014. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Gobierno de Perú, p. 223.

¹⁶ Véase Anexo 6: 'Perú: Mujeres de 15 a 49 años de edad que tuvieron nacimientos en los cinco años que precedieron la encuesta, por persona que proporcionó el cuidado prenatal para el último nacimiento, según característica seleccionada, 2014'. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2014. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Gobierno de Perú.

Fuente:https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf p. 224.

atención prenatal en el caso de la región natural de Lima Metropolitana y Resto Costa, la cual contrastó notablemente con el porcentaje registrado en la región de la Selva¹⁷.

B. Atención o asistencia durante el parto

Este segundo elemento de análisis nos permite ampliar la comprensión del estado de la salud materna en Perú. Si bien el lugar y el tipo de atención del parto son importantes para asegurar la salud de la madre y del recién nacido, también cabrá determinar cuál fue la calidad del acceso de la población femenina peruana a un servicio de atención de emergencia en caso de alguna complicación. Se hará referencia en primer lugar al parto institucional, siendo aquél atendido en un establecimiento de salud, público o privado, por personal de salud calificado, médico, obstetra y enfermera, en el cual se estima que hay menos riesgo tanto para la madre como para el recién nacido que con uno domiciliario¹⁸. En Perú, en 2014 la proporción de partos atendidos en establecimientos de salud por personal calificado fue mayor respecto a la observada en el año 2009, constituyendo una diferencia de más de siete puntos. La cobertura de partos institucionales fue mayor entre las madres con educación superior si se equipara con las que no poseían formación, y la misma tendencia se presentó entre las mujeres ubicadas en el quintil superior de riqueza en relación con aquellas situadas en el quintil inferior, suponiendo más de treinta puntos de diferencia¹⁹.

Según ámbito geográfico, existió una diferencia de veinticuatro puntos porcentuales en la cobertura de partos institucionales entre el área urbana y el área rural. En las regiones de la Selva y la Sierra se apreciaron los menores porcentajes de partos institucionales, y similar comportamiento se manifestó en los departamentos de Amazonas, Loreto, Cajamarca, Puno y Ucayali²⁰.

La asistencia durante el parto, conjuntamente con el lugar del parto, resulta un indicador importante para asegurar la salud de la madre y el niño o niña por nacer. Entre los años 2009 y 2014 se advirtió en Perú un incremento de atención de parto por médico y, contrariamente, la atención de parto por obstetra disminuyó; asimismo, la atención por comadrona o partera bajó aunque de un modo menos perceptible en este espacio temporal. Según características específicas de la mujer peruana, los diferenciales fueron más notorios en función de la educación adquirida o bien de la capacidad económica de la madre. De este modo, el porcentaje de atención por un médico fue más alto si la madre tenía adquirida una educación

¹⁷ Véase Anexo 7: 'Perú: Mujeres de 15 a 49 años de edad que tuvieron nacimientos en los cinco años que precedieron la encuesta, por persona que proporcionó el cuidado prenatal para el último nacimiento, según ámbito geográfico, 2014'. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2014. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Gobierno de Perú.
Fuente:https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf. p. 225.

¹⁸ Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2014. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Gobierno de Perú. p. 231.

¹⁹ Ídem, p. 231.

Véase Anexo 8: 'Perú: parto institucional según departamento'. Fuente:

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/mapas/mapas.pdf. p. 3.

²⁰ Véase Anexo 9: 'Perú: partos en establecimiento de salud, partos atendidos por profesional de salud calificado y parto institucional del último nacimiento en los cinco años que precedieron la encuesta, según ámbito geográfico, 2014'. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2014. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Gobierno de Perú.

Fuente:https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf. p. 233.

superior que si no había recibido educación, oscilando en cuarenta y cinco puntos de diferencia, y fue todavía mayor si pertenecía al quintil superior de riqueza. La asistencia del parto por comadrona o partera se realizó en mayor proporción cuando se trataba de partos no institucionales, en mujeres ubicadas en el quintil inferior de riqueza, que no habían adquirido instrucción, y en el caso de ser el sexto o posterior nacimiento. Por otra parte y de modo interesante, todavía existieron casos de partos que fueron atendidos por familiares u otros, aspecto presente en el caso de mujeres sin formación recibida, en el sexto o posterior nacimiento, y ubicadas en el quintil inferior. Por último, se percibió que los mayores porcentajes de cesáreas se realizaron entre mujeres del quintil superior de riqueza y con educación superior; contrariamente, las mujeres sin educación y ubicadas en el quintil inferior mostraron los menores niveles de cesáreas realizadas²¹. Por área geográfica de residencia más mujeres fueron atendidas por un médico en el área urbana que en el área rural; por región natural en la Sierra se dio el mayor incremento de asistencia entre los años 2009 y 2014, con un incremento de quince puntos respectivamente. A nivel departamental se registró en este caso una notable disparidad, a modo de ejemplo sirve la diferencia entre el 77,8% de partos atendidos por un médico en Lima en comparación con el departamento de Ucayali, que significó un 25,8%. La asistencia del parto por comadrona o partera a nivel de país fue más empleada en el área rural y en la región de la Selva; se localizaron lugares donde una parte importante de los partos fueron atendidos por familiares u otros, como el departamento de Amazonas, Ucayali y Puno. Con respecto a los nacimientos por cesárea, éstos se efectuaron en mayor proporción en las regiones de Lima Metropolitana y Resto Costa, así como en las áreas urbanas del territorio estatal²².

C. Cuidado postnatal

Referirnos al control postnatal es importante para reconocer signos de peligro para la madre y el recién nacido; estos episodios de peligro podrían ser la hemorragia postparto en la madre, la asfixia del recién nacido, o la infección en ambos. Analizando cuáles fueron los niveles y el momento del control postnatal de los últimos nacimientos en las mujeres peruanas de 15 a 49 años de edad, entre las menores de 20 años, un 69,1% de ellas tuvieron el primer control dentro de las primeras cuatro horas después del parto, porcentaje que aumentó a medida que la mujer tenía más edad, en el caso de las mujeres de 35 a 49 años que se sometieron al primer control en menos de cuatro horas después del parto. Igualmente resulta remarcable subrayar el hecho que un 7,2% de las mujeres menores de 20 años no recibieron ningún tipo de control postnatal, aspecto que disminuyó entre las mujeres de 35 a 49 años. Asimismo el

²¹ Véase Anexo 10: 'Perú: atención durante el parto para los menores de cinco años de edad, por persona que proporcionó la atención y porcentaje de nacimientos por cesárea, según característica seleccionada, 2014. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2014'. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Gobierno de Perú. Fuente: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf p. 235.

Véase Anexo 11: 'Perú: partos atendidos por profesional de salud calificado, según departamento'. Fuente: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/mapas/mapas.pdf p. 4.

²² Véase Anexo 12: 'Perú: Atención durante el parto para los menores de cinco años de edad, por persona que proporcionó la atención y porcentaje de nacimientos por cesárea, según ámbito geográfico, 2014'. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2014. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Gobierno de Perú. Fuente: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf p. 236.

porcentaje de control postnatal aumentó proporcionalmente según el nivel de riqueza de la mujer y su adquisición de mayor educación, representando un 75,6% las mujeres del quintil superior que tuvieron el primer control dentro de las primeras cuatro horas después del parto, y el mismo dato entre aquellas que tenían adquirida una educación superior²³. Por otra parte, según área de residencia se observó una diferencia sustancial de más de nueve puntos entre el área urbana y el área rural respecto a la no recepción de atención postnatal de sus mujeres, siendo el nombre de mujeres que no recibieron este tipo de atención mayor en las zonas rurales del país. Por lo que se refiere a región natural sobresale la región de la selva peruana, zona geográfica en la cual un 13,9% de sus mujeres no recibieron atención postnatal, descendiendo notablemente este porcentaje hasta once puntos en el caso de Lima Metropolitana y la región de Resto Costa respectivamente²⁴.

Una vez observados estos tres aspectos que en gran parte determinan el estado de la salud materna, la atención prenatal de la embarazada, la asistencia durante el parto y la atención postnatal o cuidado postparto, se analizarán los principales problemas de acceso a servicios de salud que experimentaron las mujeres en Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2014. Su observación nos permite una vez más establecer la diferenciación de distintas realidades cuando se trata de determinar la calidad de la salud materna y el acceso a medios especializados que garanticen un buen estado de ésta, en base a características de tipo geográfico, económico o bien educacional presentadas singularmente por cada mujer. El 94,7% de las mujeres peruanas entrevistadas en el año 2014 reportaron algún problema para acceder a servicios de salud y tratarse algún episodio de enfermedad, aunque esta cifra fue menor a la obtenida en el año 2009, que supuso dos puntos más. Uno de los problemas manifestados fue de tipo económico, presentando dificultades para conseguir dinero para el tratamiento. En este caso el porcentaje más elevado tuvo lugar cuando el número de hijas e hijos por mujer era de 5 y más; de igual modo las mujeres divorciadas, separadas o viudas también fueron las que más dificultades económicas afrontaron para someterse a tratamiento. La educación y la riqueza también influyeron de manera decisiva, las mujeres sin educación fueron las que más problemas económicos confrontaron, representando una diferencia de más de cuarenta y cuatro puntos frente a las mujeres con educación superior; obviamente, las mujeres situadas en el quintil superior de riqueza presentaron el porcentaje menor, cifra que contrasta ampliamente con el porcentaje de población femenina ubicada en el quintil inferior. Por otro lado, el surgimiento de problemas en el acceso a los servicios de salud en razón de distancia al establecimiento especializado afectó en mayor medida a las mujeres peruanas sin educación, representando en este caso una diferencia de treinta y cinco puntos respecto del sector femenino con educación superior adquirida en relación con obstáculos relacionados con el hecho de tener que tomar transporte. De igual modo, las mujeres más afectadas fueron

²³ Véase Anexo 13: 'Perú: Momento del primer control postnatal de las mujeres de 15 a 49 años de edad que tuvieron hijas y/o hijos en los cinco años anteriores a la encuesta, según característica seleccionada, 2014'. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2014. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Gobierno de Perú.

Fuente:https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf. p. 237.

²⁴ Véase Anexo 14: 'Perú: Momento del primer control postnatal de las mujeres de 15 a 49 años de edad que tuvieron hijas y/o hijos en los cinco años anteriores a la encuesta, según ámbito geográfico, 2014'. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2014. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Gobierno de Perú.

Fuente:https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf. p. 238.

las que no tenían educación frente a las que detentaron educación superior, y los porcentajes presentan sensiblemente diferencias cuando se aborda el nivel de riqueza de la mujer²⁵.

Procediendo al análisis por ámbito geográfico en Perú, todas las dificultades objeto de estudio fueron notablemente superiores en las áreas de residencia rurales frente a las urbanas. Las necesidades en tener que conseguir dinero para tratamiento supusieron una diferencia de más de veintidós puntos, siendo mayores en espacios rurales en contraste con los entornos urbanos del país. Más de treinta puntos separaron las dos áreas cuando sus mujeres habían de desplazarse a establecimientos de salud siendo la distancia el principal obstáculo a sortear. El contraste más elevado se observó en problemas a la hora de tener que tomar transporte con treinta y siete puntos de diferencia, si bien fueron más las afectadas residentes en áreas rurales frente a las residentes en áreas urbanas. Por departamentos Puno fue el que presentó porcentajes más elevados, 71,7% en el caso de conseguir dinero para tratamiento, 62,3% respecto a la distancia al establecimiento de salud, y 59,5% cuando sus mujeres tenían problemas para tomar transporte. Le sucedieron con proporciones también elevadas Cajamarca y Amazonas²⁶.

II. La salud materna en Perú: zonas urbanas, zonas rurales y comunidades indígenas

A. La salud materna en el entorno urbano: realidad y problemáticas

En Perú, en fecha de 30 de junio de 2015 se estimó que su población urbana femenina ascendía a un total de 12.085.648 mujeres, 6.662.863 de ellas con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años. Según departamentos, en Lima residían 4.957.587 ciudadanas y en Madre de Dios se localizaba el número más reducido de población urbana femenina, representando 47.506 mujeres²⁷. La población urbana femenina es superior a la población rural femenina, representando en cada uno de los casos 12.085.648 mujeres frente a las 3.460.181 que residían en áreas rurales en fecha 30 de junio de 2015.

Tomando como punto de partida las observaciones realizadas anteriormente respecto del estado de la salud materna en Perú, según el último estudio realizado por su gobierno en base a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014, concluimos a continuación una serie de puntos.

En primer lugar, siendo en Perú la población urbana femenina notablemente superior a la población rural femenina, el porcentaje de mujeres en edad fértil con educación completa o

²⁵ Véase Anexo 15: 'Perú: Problemas en el acceso a los servicios de salud cuando las mujeres están enfermas, según característica seleccionada, 2014'. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2014. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Gobierno de Perú.

Fuente: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf. p.246

²⁶ Véase Anexo 16: 'Perú: Problemas en el acceso a los servicios de salud cuando las mujeres están enfermas, según ámbito geográfico, 2014'. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2014. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Gobierno de Perú.

Fuente: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf. p.247

²⁷ Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población Urbana y Rural por sexo y edades quinquenales, según departamento, 2000-2015'. Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI. Gobierno de Perú, p. 83.

Véase Anexo 17: 'Perú: Población urbana femenina al 30 de junio, por grupos quinquenales de edad, según departamento, 2015'. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Gobierno de Perú.

Fuente: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/INEI-Peru-Bol19-Estimaciones-Proyecciones-2000-2015.pdf>. p. 83.

superior adquirida es mayor en áreas de residencia urbanas frente a las rurales, suponiendo más de treinta puntos de diferencia; a su vez esta proporción resulta superior en las mujeres ubicadas en el quintil superior de riqueza. A más educación adquirida por la mujer se proporcionan mayores conocimientos que influenciarán en su comportamiento reproductivo, la planificación familiar y en sus actitudes y prácticas diversas relacionadas con la salud materna, repercutiendo en la salud y el bienestar de la madre y el recién nacido. En segundo lugar, respecto de la atención prenatal más mujeres peruanas fueron atendidas por médico en las áreas urbanas del país, sin embargo la atención por obstetra y enfermera fue mayor en las áreas rurales; otro dato importante a destacar es el caso de las mujeres que no recibieron ningún tipo de atención durante el embarazo, siendo un 0,9% de las mujeres urbanas, porcentaje un poco mayor en el caso de las mujeres residentes en las áreas rurales. En tercer lugar, en referencia al ámbito de atención o asistencia durante el parto los porcentajes de parto institucional fueron remarcablemente mayores en las áreas urbanas frente a las rurales; a su vez estas cifras fueron mayores entre las madres con educación superior y ubicadas en el quintil superior de riqueza, grupo en el cual también se percibieron los mayores porcentajes de cesáreas. Por último, según área de residencia se observó una diferencia sustancial entre el área urbana y el área rural respecto de la calidad de atención postnatal recibida por sus mujeres, representando un contraste de más de nueve puntos en ambos casos; en las zonas urbanas más madres recibieron un control postnatal temprano y tuvieron acceso a medios más avanzados y a profesionales calificados.

Por otra parte, las dificultades a sortear respecto al acceso a los servicios de salud cuando las mujeres se encontraban enfermas fueron menores en las áreas urbanas del país. Los porcentajes al analizar la distancia al establecimiento de salud o bien problemas en conseguir dinero para un tratamiento se incrementaron en los departamentos ubicados en la Sierra y la Selva. La mujer peruana que habita en áreas urbanas del país accede con mayor facilidad a más y diversos servicios de salud que le garantizan una mayor calidad en salud materna; en las ciudades, la diferencia a la hora de interactuar con servicios de mayor o menor calidad, así como con profesionales calificados y especializados, se encuentra marcada por los parámetros de la riqueza y la educación.

B. La salud materna en el entorno rural y en las comunidades indígenas: realidad y problemáticas. Particularidades de las comunidades indígenas.

En Perú los porcentajes de mujeres que habitan en las áreas rurales del país son notablemente inferiores al equiparlos con la presencia de la mujer en las áreas urbanas, si bien en fecha 30 de junio de 2015 se determinó una población de 3.460.181 mujeres que habitaban en entornos rurales, frente a 12.085.648 mujeres establecidas en espacios urbanos. Del porcentaje de mujeres rurales, 1.647.244 de ellas se localizaron en franjas de edades comprendidas entre los 15 y los 49 años. Según departamentos, en Cajamarca se emplazó el mayor número de población rural femenina del país, 490.467 mujeres, al que siguieron los departamentos de Puno y Cusco²⁸.

²⁸ 'Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población Urbana y Rural por sexo y edades quinquenales, según departamento, 2000-2015'. Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI. Gobierno de Perú, p. 87. Véase Anexo 18: 'Perú: Población rural femenina al 30 de junio, por grupos quinquenales de edad, según departamento, 2015'. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Gobierno de Perú.

De acuerdo con las observaciones realizadas anteriormente en cuanto al estado de la salud materna en Perú, y según el último estudio realizado por el gobierno en base a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014, concluimos una serie de aspectos relativos al estado de la salud materna en la mujer rural.

En primer lugar, respecto de la tasa global de fecundidad en Perú se evaluó una tendencia general a su disminución en los últimos años; confrontando datos del 2009 y el 2014 se verificó una tendencia en la cual también quedaba englobada la mujer que habita fuera de núcleos urbanos. En segundo lugar, el porcentaje de mujeres entrevistadas que no habían recibido educación o no habían completado la etapa de educación primaria fue notablemente mayor en el área rural respecto a lo observado en el área urbana; asimismo, la mediana de estudios aprobados en la franja de mujeres en edad fértil fue inferior entre las residentes en áreas rurales del país. En tercer lugar, respecto a la cobertura y calidad de la atención prenatal, durante y después del parto, prácticamente toda la población rural femenina estuvo sometida a algún tipo de control prenatal efectuado por personal de salud calificado, aumentando este porcentaje respecto de años anteriores. No obstante, las diferencias en la atención prenatal recibida se evidencian de modo notable según ámbito geográfico; menos mujeres fueron atendidas por médico en zonas rurales y menos nacimientos por cesárea tuvieron lugar, sin embargo la atención por obstetra y enfermera fue notablemente mayor en estas zonas. Otro aspecto a especificar sería el caso de las mujeres que no recibieron ningún tipo de atención durante el embarazo; aunque estos porcentajes fueron reducidos, se percibió una diferencia entre el área de residencia urbana y la rural, siendo mayores los porcentajes de mujeres que no se sometieron a ningún control en las áreas rurales.

En cuarto lugar, en cuanto a la atención o asistencia durante el parto, la cobertura de partos institucionales en entornos rurales fue inferior respecto de las áreas urbanas, siendo las regiones de la selva y la sierra aquellas zonas que mostraron menores porcentajes. La asistencia del parto por comadrona o partera fue más empleada en las áreas rurales, y fue en estas áreas geográficas de residencia donde se localizaron entornos en los cuales una parte importante de los partos fueron atendidos por familiares u otros, exceptuando personal médico calificado. Asimismo, analizando el cuidado postnatal recibido, más mujeres en entornos rurales no recibieron atención postnatal, destacando concretamente la región de la selva peruana.

Por último, las mujeres que habitan en entornos rurales presentaron más problemas en el acceso a los servicios de salud. Las dificultades relacionadas con el hecho de tener que conseguir dinero para tratamientos de salud, la distancia al establecimiento de salud y el tener que desplazarse para mejorar la calidad de la salud fueron porcentajes altamente superiores en entornos rurales. De un modo claro, el área de residencia geográfica limita ampliamente el acceso a infraestructuras sanitarias y a personal más calificado, lo cual determina la salud materna de la mujer. Consecuentemente esta realidad implica a la salud de los hijos, al mismo tiempo que repercute en el bienestar de toda la comunidad rural dado el significativo papel que ostentan las mujeres en las áreas rurales.

Particularidades de las comunidades indígenas

En Perú existen alrededor de 80 etnias y 57 lenguas andinas y amazónicas habladas por más de 4 millones de habitantes, siendo los departamentos con mayor población indígena Cusco, Huancavelica, Pasco, Apurímac y Ayacucho. Resulta indispensable señalar en primer lugar que presentan una dimensión cultural propia, una cosmovisión particular que repercute en el modo de entender y afrontar el concepto de salud materna dentro de la comunidad, motivo por el cual la perspectiva adoptada por las comunidades indígenas peruanas difiere con fuerza de la visión intrínseca al sistema de salud oficial al cual se adscriben entornos urbanos y rurales del país. La identidad femenina vinculada a la tierra y a la fertilidad asigna a la mujer la responsabilidad o la función de reproducción, tanto física como social, en la comunidad²⁹. Por otra parte, en las culturas indígenas el concepto de salud es predominantemente holístico, entendido como el funcionamiento armónico de los aspectos físicos, mentales y espirituales de una persona, el cual, además, está en armonía con el medio ambiente sociocultural y natural³⁰. Con respecto a la calidad de la salud materna en entornos indígenas del Perú, puede ser analizada en base a una serie de factores primordiales que determinarán el estado o condición del acceso de la mujer a los servicios de salud: el factor cultural, el factor físico o geográfico, y el factor gubernamental.

El primero de ellos, el factor cultural, determina ampliamente el por qué las mujeres indígenas no utilizan los servicios de salud, o bien no acceden a ellos con la regularidad deseada, en cuestiones obstétricas. La cultura y las normas sociales de la comunidad tienen un efecto positivo o negativo no tan sólo en el reconocimiento de los signos de gravedad de las complicaciones obstétricas, sino también en el uso de los servicios de salud y en los cuidados de la salud de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio. A continuación se señalan una serie de elementos que interceden en esta cuestión.

En primer lugar, el sistema tradicional de salud de los indígenas peruanos y el sistema occidental constituyen dos cosmovisiones opuestas que muy rápidamente entran en conflicto; esta situación puede expresarse en posibles incomprendimientos por parte del equipo de salud hacia la cultura de las usuarias de origen indígena, aspecto que podría desembocar en experiencias adversas las cuales generarían cierta aversión hacia el sistema de salud occidental, puesto que cualquier experiencia negativa de una pobladora indígena puede convertirse en un potente elemento inhibitorio del uso del servicio dentro de la comunidad y a la vez desacreditar a todos los demás³¹.

²⁹ CEIMM, Centro de Estudios e Información de la Mujer Multiétnica. *Género desde la perspectiva de las mujeres indígenas. Primera Cumbre de Mujeres Indígenas de las Américas*, Uraccan, Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense, 1995, pp. 18-20.

³⁰ FLORES GUERRERO, R. *Salud, Enfermedad y Muerte: Lecturas desde la Antropología Sociocultural*, Chile, Revista Mad Universidad de Chile, 2004, p. 4.

³¹ En 1999, en un estudio realizado por el Ministerio de Salud del Perú, se reconocieron algunas prácticas tradicionales que podían incorporarse a sus servicios. Se concluyó que "el núcleo del problema no está en la baja demanda de atención institucional del parto, sino en la relación entre dos sistemas culturales y obstétricos diferentes y muchas veces contrapuestos (...) En dicho proceso será conveniente mejorar, profundizar y desarrollar los puntos de encuentro ya existentes entre ambos sistemas". Como resultado de este análisis, en Perú, Chile y otros países se ha optado por integrar la medicina tradicional y la occidental para obtener mejores resultados en la atención, satisfacción y bienestar de las usuarias. La incorporación de elementos como la posición vertical en el parto, la participación activa del esposo o la partera, la utilización de hierbas y la entrega de la placenta a la familia son algunas intervenciones que han contribuido a eliminar la resistencia al uso de los

En segundo lugar, las percepciones culturales de los síndromes de complicaciones del embarazo y el parto están impregnadas de la cosmovisión indígena y de su manera ancestral de entender la salud y la enfermedad; en este sentido, aunque la comunidad indígena pueda identificar con pertinencia una complicación obstétrica, podría ocurrir que no se reconociera oportunamente la magnitud de la gravedad de las complicaciones. Asimismo, en estas concepciones el rol de la partera es muy importante, siendo el agente que tradicionalmente realiza la atención durante el embarazo, parto y puerperio en la comunidad indígena, y la persona más cercana y en la que más confían las gestantes indígenas; por este motivo, el personal de salud debe lograr una alianza con estos agentes del sistema tradicional con el fin de potenciar los aspectos positivos de ambos sistemas y lograr el mejor resultado para la población gestante indígena³².

En tercer lugar, en las comunidades indígenas el comportamiento reproductivo se encuentra influenciado por expectativas y normas culturales explícitas o tácitas de reproducción y de continuidad y supervivencia de la propia etnia, estando además relacionado directamente con el prestigio femenino; correlativamente, una baja percepción de riesgo obstétrico sería resultado de su cosmovisión y de su forma de entender el acontecimiento del embarazo y el parto como un evento natural. Por último, la autonomía de la mujer en la comunidad indígena implica, entre otros aspectos, su libertad de elección y de acción para determinar dónde y con quién quiere atender su parto³³.

Respecto al segundo factor, el físico o geográfico, el enclavamiento de las comunidades indígenas en diversos puntos del territorio del Perú conlleva en mayor o menor medida su grado de aislamiento respecto de las infraestructuras de salud oficiales que han de garantizar una adecuada atención en salud materna. La dispersión y la ruralidad pueden comportar graves problemas a la gestante indígena; por ejemplo, un traslado que demande más de dos horas para llegar a un establecimiento de salud con capacidad resolutive básica representaría un factor de riesgo de mortalidad materna, puesto que una hemorragia puerperal alrededor de dos horas sin atención puede conllevar la muerte. De igual modo, el factor económico se halla implicado en la cuestión geográfica puesto que los elevados costos de estadía y hospitalización no están al alcance de la gran mayoría de familias indígenas³⁴.

En referencia al tercer y último factor de análisis, el factor gubernamental, cabe subrayar que muchos de los factores físicos se hallan directamente relacionados con este aspecto. La distribución geográfica de la capacidad resolutive que el sistema de salud peruano ofrece a la mujer indígena, los servicios de información, educación y comunicación brindados por instancias estatales hacia este sector de población, la calidad técnica de la atención en el establecimiento más próximo, la continuación de la atención, o bien las adecuaciones interculturales de este servicio al perfil de mujer indígena para establecer una mejor relación con las usuarias, constituyen todos ellos elementos diseñados e implementados directamente

servicios disponibles. Fuente: CORDERO MUÑOZ, L., LUNA FLÓREZ, A., VATTUONE RAMÍREZ M.A. *Salud de la mujer indígena: intervenciones para reducir la muerte materna*, Washington DC, Banco Interamericano de Desarrollo, 2010, pp. 44-48.

³² Ídem, p. 114.

³³ Ídem, p. 18.

³⁴ Ídem, pp. 15, 16.

por entes gubernamentales y que inciden directamente en la calidad de la salud materna de las indígenas³⁵.

Por otro lado, los recursos económicos puestos a disposición de las usuarias por parte del Gobierno del Perú también son imprescindibles para la mejora del acceso a sistemas de salud de calidad de las gestantes indígenas, en especial en zonas pobres y aisladas. Tal y como se ha señalado con anterioridad, en Perú prácticamente toda la población rural de gestantes está cubierta por el Seguro Integral de Salud, incluidas las gestantes indígenas. Sin embargo las comunidades indígenas que viven en zonas remotas y aisladas deben pagar un alto coste de transporte que no queda cubierto por el seguro, lo que impide en muchos casos el uso de este servicio; además se localizan zonas en las cuales dados los elevados índices de aislamiento y de pobreza los hogares indígenas se encuentran en grave situación de exclusión social y no acceden al seguro público³⁶.

De igual modo, resulta esencial destacar que en salud materna la cultura de las mujeres indígenas induce a distintas concepciones en torno al embarazo, parto y puerperio y, por lo tanto, a diferentes prácticas de cuidado y de atención. Por ejemplo, durante el embarazo las mujeres gestantes quechuas y aimaras de Puno evitan cargar peso, hacer trabajos arduos en la chacra³⁷ y exponerse al calor y al frío. Las mujeres aimaras agregan que es riesgoso coser, ovillar o tejer porque puede *tejerse o coserse la matriz* y complicar el parto. Tienen que alimentarse bien, tomar mates calientes (zona aimara) y hacer ejercicios (zona quechua). Entre las mujeres quechuas de los departamentos de Ancash y La Libertad, se piensa que las mujeres son *fuertes*, por lo que deben continuar con las actividades domésticas y agrícolas hasta los últimos meses de gestación, caminando hasta la chacra ya que existe la preocupación de que el bebé engorde o se desarrolle demasiado, provocando problemas en el parto. Las gestantes aguarunas y lamas, que habitan en el departamento de San Martín, continúan con sus labores cotidianas aunque se cuidan de esfuerzos excesivos y de levantar pesos para *evitar que el bebé salga del eje vertical y provoque dolores a la madre*³⁸.

En referencia a las prácticas durante el parto, la participación de los familiares en el parto es un aspecto muy presente en la mayoría de las poblaciones indígenas del Perú. Es el caso de las comunidades quechuas del departamento de Puno, donde los familiares que atienden partos se hacen ayudar con personas que viven junto a la parturienta, y se encargan de preparar los mates, la comida y otras tareas necesarias para facilitar y brindar una buena atención del parto. En el caso de las comunidades aimaras que habitan en el mismo departamento, los esposos participan directamente ayudando a la partera y/o familiar que

³⁵ Artículo de prensa: 'Presidente de la República y ministro de Salud inauguraron moderno hospital en la región Amazonas', 8 de abril de 2016. Inauguración del Hospital de Santa María de Nieva, en la región de Amazonas, para que la población y en especial las comunidades nativas tengan una atención de calidad. En la infraestructura sanitaria se han implementado quirófano y sala de partos para incrementar las cifras del parto institucional y la disminución de la mortalidad materna y perinatal. Asimismo, la atención médica es reforzada por cinco puestos de vigilancia satélites, instalados para disminuir el difícil acceso de la población dispersa a los servicios de salud. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/> (Consultado el 10 de abril de 2016)

³⁶ CORDERO MUÑOZ, L., LUNA FLÓREZ, A., VATTUONE RAMÍREZ M.A. *op. cit.*, pp. 61, 118.

³⁷ Tierra, terreno en el campo. Disponible en: <http://www.significadode.org/chacra.htm> (Consultado el 31 de marzo de 2016)

³⁸ Ministerio de Salud, *Salvarse con bien. El parto de la vida en los Andes y Amazonía del Perú*, Lima, Proyecto 2000, Gobierno de Perú, 1999.

atiende³⁹. Al contrario, en la población indígena aguaruna residente en el departamento de San Martín la atención de las gestantes no la realizan las parteras sino que está a cargo de familiares del sexo femenino, con experiencia y cierta edad; además, por lo general la mujer aguaruna afronta sola el parto, cuando el niño está naciendo es cuando llama al familiar que la cuida, que habitualmente espera con el resto de la familia en otro ambiente⁴⁰.

Ciertamente, la autonomía de la mujer indígena es un factor fundamental en cualquier programa de mejora cualitativa de la salud materna y reducción de la mortalidad materna y neonatal a ser implementado por el Gobierno del Perú; podrían señalarse una serie de estrategias que ayudasen a incentivar este avance, en colaboración plena y continua con las comunidades indígenas y con el refuerzo de mediadores culturales. El hecho de dotar con mayores oportunidades de educación a las mujeres indígenas, provocando un impacto directo y positivo en su salud, debido al incremento de conocimiento y al aprendizaje de prácticas preventivas; una legislación más centrada en la mujer autóctona, leyes y políticas públicas que la protejan y puedan ayudar a mejorar su situación; programas de capacitación dirigidos a mujeres indígenas, informando sobre sus derechos, capacitando líderes femeninas dentro de las comunidades y apoyando a grupos de mujeres; o bien promoviendo que los servicios de salud respondan mejor a sus necesidades, incentivando la participación de las mujeres indígenas en la planificación, la implementación, la evaluación y la mejora de los programas de salud materna⁴¹.

³⁹ YON, C. *Maternidad voluntaria y saludable desde la perspectiva de las mujeres quechuas y aimaras*. Proyecto ReproSalud - Movimiento Manuela Ramos. 2006.

⁴⁰ CORDERO MUÑOZ, L., LUNA FLÓREZ, A., VATTUONE RAMÍREZ M.A. *op. cit.*, p. 34.

⁴¹ Ídem, pp. 117, 118.

CAPÍTULO SEGUNDO

ACTUACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD / ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD RESPECTO DE LA SALUD MATERNA EN PERÚ

Llevar a cabo un estudio de la acción de la Organización Mundial de la Salud en Perú nos remite directamente a hablar de la labor efectuada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS)⁴², como agencia especializada en salud del Sistema Interamericano encabezado por la Organización de los Estados Americanos (OEA). Fundada en 1902, es la agencia de salud pública internacional más antigua del mundo y está afiliada a la Organización Mundial de la Salud desde 1949, siendo parte del sistema de la Organización de las Naciones Unidas. Su sede se encuentra en Washington D.C, estando dedicada a controlar y coordinar políticas que promuevan la salud y el bienestar en los países americanos. La secretaría de la Organización Panamericana de la Salud es la Oficina Sanitaria Panamericana, que funciona a la vez como Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas.

La OPS/OMS actúa como catalizador para asegurar que la población de las Américas goce de una óptima salud y contribuir al bienestar de sus familias y sus comunidades, de acuerdo con los valores de la equidad, la excelencia, la solidaridad, el respeto y la integridad. Tal propósito conlleva liderar esfuerzos colaborativos estratégicos entre sus Estados Miembros y otros aliados, para promover la equidad en salud, combatir la enfermedad, y mejorar la calidad y prolongar la duración de la vida de los pueblos de las Américas, estableciendo prioridades sanitarias en la región para enfrentar y solucionar conjuntamente problemas comunes. La Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada el 22 de julio de 1946, establece con conformidad con la Carta de las Naciones Unidas que disfrutar del más alto nivel de salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social; por esta razón, la cooperación técnica de la OPS/OMS en Perú es guiada por los valores de la Organización que contribuyen a la salud de la población mundial, basada en el respeto a los derechos humanos relacionados con la salud, el compromiso con la equidad y la igualdad de género. De acuerdo con la Organización, uno de los principios establecidos en la Carta es la afirmación que los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas, consecuentemente la OPS/OMS lleva a cabo su misión en colaboración con los ministerios de Salud y otras agencias especializadas de los respectivos países⁴³.

Perú es miembro de la Organización Panamericana de la Salud desde el 20 de noviembre de 1926. El *Convenio Básico entre el Gobierno del Perú y la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud sobre Relaciones Institucionales y Privilegios e Inmunities* fue suscrito en Lima el 21 de noviembre de 1984. De acuerdo con el Artículo 3 del Convenio, el Gobierno de Perú reconoce a la Organización su personalidad jurídica internacional y todos los derechos, atribuciones y potestades que ésta tiene conforme su condición de organismo internacional. La Organización, como Organismo Internacional

⁴² Disponible en: www.paho.org (Consultado el 6 de febrero de 2016)

⁴³ Ídem (Consultado el 6 de febrero de 2016)

especializado, goza en el territorio del Perú de todos los privilegios e inmunidades otorgados por el Gobierno a las Naciones Unidas y a la Organización de los Estados Americanos, según se dispone en el artículo 6 del Convenio. Asimismo, tal y como establece el Artículo 34, el Gobierno será responsable de la ejecución de los programas de cooperación técnica y hará todo lo posible para garantizar su desarrollo eficiente y eficaz, y de modo especial colaborará activamente con la Organización en la obtención y compilación de hallazgos, datos, estadísticas y otras informaciones que permitan que la Organización analice y evalúe los resultados de los programas de cooperación técnica⁴⁴. De igual modo, el marco de acción de la Organización Panamericana de la Salud con el Ministerio de Salud del Perú está dado por las respectivas constituciones de la OPS y la OMS, el Marco de Asistencia para el Desarrollo de las Naciones Unidas en el Perú 2012-2016, las resoluciones de los Cuerpos Directivos de la OPS y la OMS y, en particular, por el Plan Estratégico de la OPS/OMS en el Perú 2014-2019 'En pro de la salud: Desarrollo sostenible y equidad'. Todos ellos alineados con las políticas, estrategias y planes nacionales de desarrollo y salud⁴⁵

La Representación de la OMS/OPS en Perú está estructurada en programas y proyectos técnicos, cuenta con los recursos humanos, tecnológicos y de infraestructura necesarios para apoyar su implementación en el país y posee, asimismo, el apoyo administrativo y los recursos financieros suficientes, así como la disponibilidad de información y de conocimiento técnico pertinentes, para la ejecución de la cooperación técnica en el marco de la Estrategia de Cooperación Técnica OPS/OMS en Perú. La Estrategia de Cooperación Técnica refleja una visión a mediano plazo de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud para la cooperación técnica con Perú, y define un marco estratégico para el análisis de la situación de salud del país y las acciones a emprender. Es el resultado de un proceso de consultas con actores claves de la salud en Perú, con el acompañamiento y el compromiso de las autoridades del Ministerio de Salud del Perú⁴⁶.

Tal y como se ha mencionado anteriormente, la Estrategia de Cooperación Técnica OPS/OMS en Perú que rige en la actualidad comprende el periodo 2014-2019. Las prioridades hacia las que se orienta la cooperación entre el Ministerio de Salud del Perú y la OPS/OMS, en consonancia con el compromiso de la consecución progresiva del acceso universal en salud como enfoque central, deberán consolidar los adelantos en la salud materno infantil y la reducción de las brechas en el acceso a los servicios de salud y su utilización por la población peruana, entre otras líneas de acción prioritarias establecidas a lo largo de este periodo. Por otro lado, la Estrategia busca articular los esfuerzos del Perú con los esfuerzos regionales y globales para la vigilancia de la salud, la prevención y control de enfermedades, y el apoyo a los sistemas de información y procesos de inteligencia sanitaria en el marco de los acuerdos y mandatos internacionales⁴⁷.

⁴⁴ Convenio Básico entre el Gobierno del Perú y la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud sobre Relaciones Institucionales y Privilegios e Inmunidades. Disponible en: <http://www.paho.org/PER/> (Consultado el 9 de febrero de 2016)

⁴⁵ Estrategia de Cooperación Técnica OPS/OMS-Perú, 2014-2019. Organización Panamericana de la Salud. Lima, Febrero de 2014, p. 11.

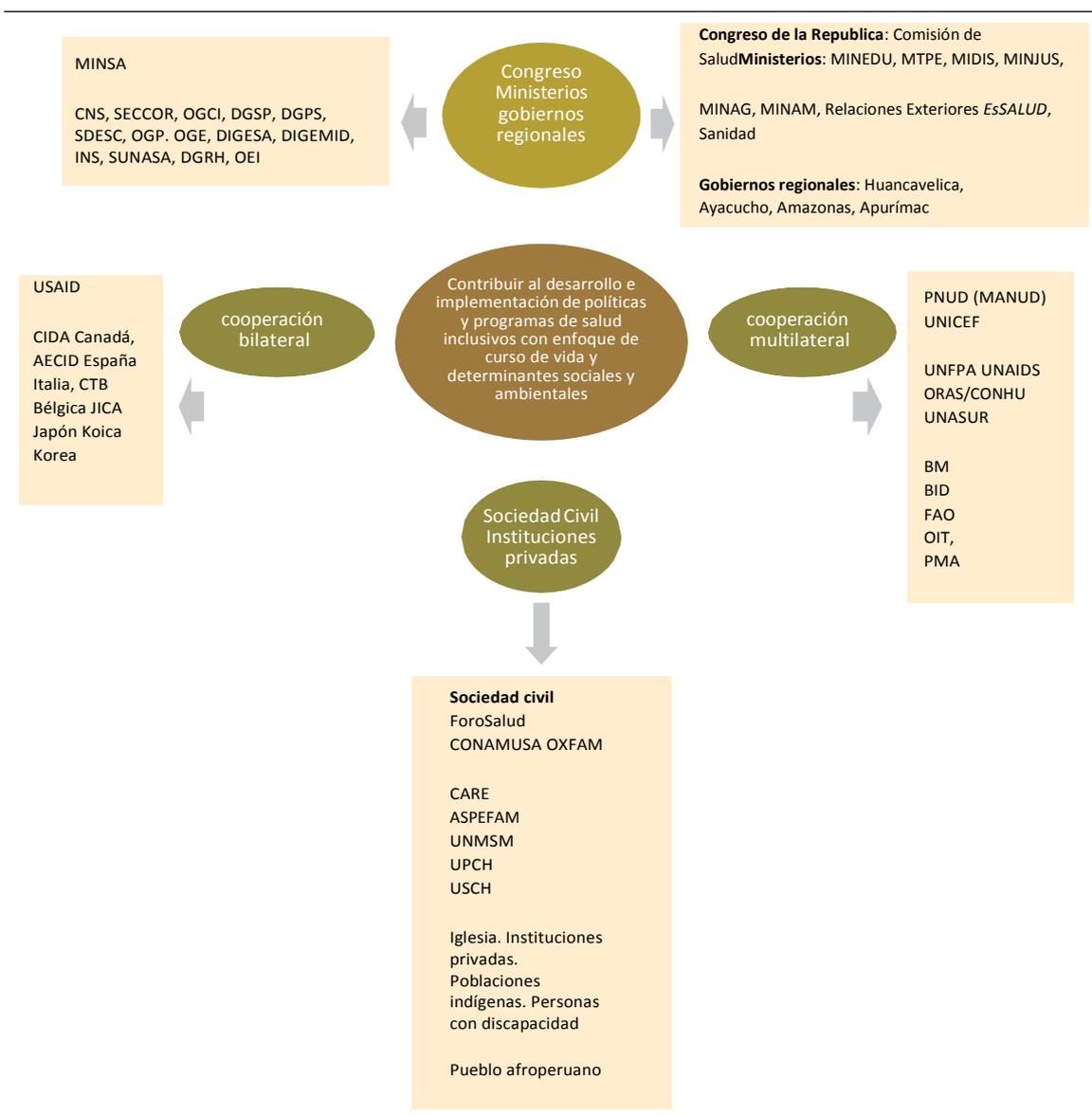
⁴⁶ Artículo de prensa de la OPS en Perú: 'Resaltan labor de la OPS en fortalecer y apoyar las políticas sanitarias en el Perú'. Sala de prensa, Ministerio de Salud, 13 de marzo de 2015. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe> (Consultado el 22 de marzo del 2016)

⁴⁷ Estrategia de Cooperación Técnica OPS/OMS-Perú, 2014-2019. Organización Panamericana de la Salud. Lima, Febrero de 2014. P. 12.

La OPS/OMS cuenta en Perú con una amplia y compleja red de relacionamiento estratégico, con socios que no incluyen sólo al Ministerio de Salud, sino también a *EsSALUD* y otros ministerios vinculados a los determinantes sociales de la salud⁴⁸. De igual modo, el trabajo con las agencias del país y con otros agentes cooperantes deviene determinante para lograr la máxima eficacia en los planes de acción emprendidos, a modo de ejemplo la vinculación establecida con el Grupo Impulsor de la Salud Materno Neonatal o bien el Colectivo de Salud Neonatal. Los socios vinculados a la sociedad civil obtienen también un peso preponderante en esta red estratégica, destacando Universidades o bien Colegios Profesionales, pero también la Iglesia y los grupos de mayor vulnerabilidad y marginalidad, entre los cuales se encuentran los pueblos indígenas. La Red de relacionamiento estratégico de la Oficina de la OPS/OMS en Perú se refleja en el gráfico de la página siguiente⁴⁹.

⁴⁸ Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adaptadas. Los determinantes de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria. Disponible en: www.who.int/social_determinants/es/ (Consultado el 22 de marzo de 2016)

⁴⁹ Estrategia de Cooperación Técnica OPS/OMS-Perú, 2014-2019. Organización Panamericana de la Salud. Lima, Febrero de 2014, pp. 45, 46.



De igual modo, con tal de lograr información objetiva relativa a la situación del Perú en materia de salud y derechos humanos cabe remitirnos al Examen Periódico Universal, siendo el mecanismo utilizado por las Naciones Unidas para vigilar el cumplimiento de las obligaciones y compromisos pactados y ratificados por sus Estados Miembros en materia de derechos humanos⁵⁰. En el caso del Perú, la última revisión se realizó en 2012 y fue publicada por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. En relación a la salud se realizaron observaciones y recomendaciones relacionadas, entre otras problemáticas analizadas, con el elevado porcentaje de la población que no tiene cobertura sanitaria y acceso

⁵⁰ Disponible en: <http://www.derechoshumanos.net/ONU/ExamenPeriodicoUniversal-EPU.htm> (Consultado el 10 de febrero de 2016)

a los servicios de salud de calidad, y el incremento en la tasa de mortalidad materna en las zonas rurales⁵¹.

I. Actuación en entornos urbanos

De acuerdo con el contenido de la Estrategia de Cooperación Técnica OPS/OMS con Perú 2014-2019, si bien el crecimiento económico del país en los últimos años ha sido uno de los más elevados de la región y ha permitido reducir la pobreza, las inequidades sociales persisten y el desafío continúa siendo el cierre de estas brechas. Tal y como ha estado examinado en el Capítulo primero del trabajo, Perú presenta una compleja situación de salud, producto de un conjunto de determinantes sociales, económicos y culturales específicos, constatando notables divergencias en estos ámbitos; este contexto es atribuible a la desigual distribución del ingreso monetario, a los altos niveles de pobreza y exclusión en las áreas rurales y en las zonas urbanas marginales de las grandes ciudades, junto a inequidades por razón de género y la desigual distribución de recursos del sector salud. Frente a esta realidad se definen una serie de medidas a emprender, de las cuales analizaremos aquellas que guardan relación con el objeto del presente trabajo, el estado de la salud materna y, consecuentemente, su mejora cualitativa mediante la implementación de determinadas medidas y políticas⁵².

Con tal de proceder al análisis de la salud materna en entornos urbanos del Perú, tal y como se ha aludido anteriormente el eje principal de la Estrategia de Cooperación Técnica OPS/OMS rige el periodo 2014-2019, aunque resulta igualmente importante proceder a continuación a la consulta de los datos obtenidos en cuanto a la Estrategia de Cooperación Técnica del anterior periodo, 2010-2014⁵³.

A. Estrategia de Cooperación Técnica OPS/OMS - Perú 2010-2014

Entre los principales retos que se acordaron alcanzar en el periodo 2010-2014 y que conciernen al área de la salud materna figuraron la mejora de la salud de la mujer, la ampliación del aseguramiento universal en salud, el ahondamiento en el proceso de descentralización y el incremento del financiamiento público en salud. En primer lugar, respecto de la mejora de la salud de la mujer la reducción de la mortalidad materna supuso el aspecto considerado más prioritario, al acontecer la mayor parte de las muertes maternas por causas evitables; no obstante en los entornos urbanos esta problemática resultó mínima en comparación con las áreas rurales del país, dada la ventajosa presencia de infraestructuras de salud, tanto básicas como especializadas, y la mayor cobertura de control prenatal y postnatal así como en la atención del parto⁵⁴. La tasa de mortalidad materna en Perú fue diagnosticada como una de las más altas de la Región de las Américas, siendo las principales causas las

⁵¹ Informe del Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal: Perú. 27 de diciembre de 2012. Consejo de Derechos Humanos, Asamblea General de las Naciones Unidas. Disponible en: <http://acnudh.org/biblioteca-virtual/examen-periodico-universal/> (Consultado el 10 de febrero de 2016)

⁵² Estrategia de Cooperación Técnica OPS/OMS-Perú, 2010-2014. Organización Panamericana de la Salud. Lima, Noviembre 2009, p. 17.

⁵³ Ídem, p. 17.

⁵⁴ Artículo de prensa de la OPS en Perú: 'Protección de la lactancia materna en el Perú', julio de 2013. Disponible en: http://www.who.int/features/2013/peru_breastfeeding/es/ (Consultado el 20 de febrero de 2016)

hemorragias y las infecciones; otro aspecto del cual la OPS/OMS alertó fue en relación a la salud reproductiva de las mujeres, al no disminuir en Perú la elevada tasa de embarazo en las adolescentes⁵⁵.

En segundo lugar, en cuanto al aseguramiento universal en salud, el perfil de mujer urbana presentaba índices mínimos de no aseguradas, aunque sí se constató un sector de mujeres sin seguro médico que habitaban en áreas rurales aisladas, o bien que pertenecían a comunidades indígenas; se subrayó como proceso a ser implementado progresivamente, iniciando su marcha en las zonas más pobres y vulnerables del país⁵⁶. En tercer lugar, el aconsejable incremento de gasto público en salud aludido por la OPS/OMS⁵⁷ es un aspecto gubernamental que repercute en la salud materna de las mujeres que viven tanto en entornos urbanos como rurales, favoreciendo a la población femenina urbana al facilitar un acceso más fluido a los servicios de salud, así como la posibilidad de acceder a mayores especialistas en el sector público, mejorando con ello la calidad de la salud materna. Por recomendación de la Organización el financiamiento público en salud debería de ser incrementado, equiparando el gasto nacional en Perú con el de los países más avanzados de América del Sur; el presupuesto público asignado a salud en relación al PBI fue uno de los más bajos de la Región de las Américas, por debajo de los países vecinos del área andina, concretamente Bolivia, Colombia, Ecuador y Venezuela. Aunque en los últimos años ha mejorado el acceso a los servicios de salud⁵⁸, aún persisten problemas en la calidad de los servicios prestados por los establecimientos de salud del sector, así como en los niveles de resolución de los establecimientos de salud ubicados en las zonas rurales y peri urbanas.

Por otro lado cabría señalar cómo la política en materia de igualdad de género de la OPS/OMS, según *Resolución DC46-R16*⁵⁹, repercutió con fuerza a lo largo del periodo 2010-2014 en relación con el progreso en salud materna en Perú, al constituir un llamado al país para que integrase la perspectiva de género en la planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas y programas, eliminando las desigualdades en materia de salud entre las mujeres y los hombres y avanzando hacia el logro de igualdad de género y empoderamiento de las mujeres en todo el territorio⁶⁰.

⁵⁵ Estrategia de Cooperación Técnica OPS/OMS-Perú, 2010-2014. Organización Panamericana de la Salud. Lima, Noviembre 2009, p. 25.

⁵⁶ Ídem, p. 26.

⁵⁷ Ídem, pp. 7, 23.

⁵⁸ Con intervenciones como el *Seguro Integral de Salud (SIS)*, Organismo Público Ejecutor del Ministerio de Salud, que tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando en aquellas poblaciones vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema; está orientado a resolver la problemática del limitado acceso a los servicios de salud de la población peruana, tanto por la existencia de barreras económicas, como por razón de diferencias culturales y geográficas. Disponible en: http://www.sis.gob.pe/Portal/quienes_somos/index.html (Consultado el 16 de febrero del 2016)

I la *Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social 'Incluir para Crecer'*, documento que sirve de guía vinculante para que todos los sectores y niveles del Gobierno del Perú orienten sus intervenciones en materia de desarrollo e inclusión social, de manera articulada y coordinada a favor de la población más pobre y vulnerable para reducir sus brechas actuales en cobertura y calidad de servicios públicos. Disponible en: <http://incluirparacrecer.midis.gob.pe/somos.php> (Consultado el 16 de febrero del 2016)

⁵⁹ Disponible en: http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_per_es.pdf (Consultado el 16 de febrero de 2016)

⁶⁰ Estrategia de Cooperación Técnica OPS/OMS-Perú, 2010-2014. Organización Panamericana de la Salud. Lima, Noviembre 2009, p. 35.

B. Estrategia de Cooperación Técnica OPS/OMS - Perú 2014-2019

Respecto de la Estrategia de Cooperación Técnica OPS/OMS con Perú que rige para este periodo, en primer lugar se destaca por parte de la Organización una mejora sustancial en el acceso y disfrute de los derechos de las mujeres en condición de igualdad con los hombres; en este sentido, se señala la aprobación del *Plan Nacional de Igualdad de Género 2012-2017*⁶¹. El Plan constituye un pleno ejemplo del interés del Gobierno peruano por promover la igualdad de género aunque, en relación con la salud materna, todavía se diagnostican inequidades en el acceso a servicios de salud, de orientación y a métodos anticonceptivos que afectan a las mujeres que habitan en entornos urbanos. Asimismo, se continúan constatando brechas entre la educación recibida en medios urbanos y rurales, siendo necesario reducir estas diferencias puesto que la educación que recibe la futura madre incidirá en las tasas de muerte materna e infantil en Perú⁶². En segundo lugar, la Estrategia de Cooperación Técnica subraya un incremento de la atención prenatal por profesional de salud calificado, la atención de parto en un establecimiento de salud y por un profesional calificado, así como el incremento del control postnatal en los primeros dos días; no obstante, queda confirmada la permanencia de grandes brechas entre las áreas urbanas y las rurales⁶³. En tercer lugar se alude que, en relación al compromiso con los Objetivos del Milenio y la 'Declaración del Milenio'⁶⁴, Perú informó periódicamente de los avances obtenidos a la Organización; con respecto a los Objetivos del Milenio relacionados con la salud, el *Tercer Informe nacional de cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio*⁶⁵ fue emitido por la Organización de las Naciones Unidas y el Gobierno del Perú y, respecto del *ODM 5: Mejorar la salud materna*, se determinó que el país se encontraba en una posición favorable para alcanzar la meta de reducir hasta el año 2015 la mortalidad materna en tres cuartas partes⁶⁶.

Por otro lado, la aplicación de la Estrategia de Cooperación Técnica OPS/OMS 2014-2019 permite un análisis de los resultados obtenidos en la anterior Estrategia implementada en la etapa 2010-2014, detectando de este modo en qué ámbitos las intervenciones por parte de la OPS/OMS podrían contribuir con más intensidad y en qué otras áreas éstas deberían continuar. Durante el examen externo efectuado se obtuvo una apreciación cualitativa respecto de la contribución de la OPS/OMS al mejoramiento de la apropiación nacional en

⁶¹ Plan Nacional de Igualdad de Género 2012-2017. Disponible en: http://www.mimp.gob.pe/files/planes/planig_2012_2017.pdf (Consultado el 17 de abril de 2016)

⁶² Estrategia de Cooperación Técnica OPS/OMS-Perú, 2014-2019. Organización Panamericana de la Salud. Lima, Febrero 2014, p. 20.

⁶³ Ídem, p. 26.

⁶⁴ Los Ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio fueron aprobados por los Estados Miembros de la ONU en el año 2000 y concluyeron en 2015. En 2016 se ha puesto en marcha la *Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*, la cual insta a los países miembros de la Organización a iniciar esfuerzos para lograr 17 Objetivos de Desarrollo sostenible (ODS) en los próximos 15 años. Disponible en: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/>

⁶⁵ Perú: Tercer Informe nacional de cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Disponible en: <http://onu.org.pe/wp-content/uploads/2013/09/IODM-2013.pdf> (Consultado el 17 de abril de 2016)

⁶⁶ Estrategia de Cooperación Técnica OPS/OMS-Perú, 2014-2019. Organización Panamericana de la Salud. Lima, Febrero 2014, p. 28.

Artículo de prensa de la OPS/OMS en Perú: 'Con participación de profesionales de la salud de Lima se realiza taller para evitar muertes maternas por hemorragia', 20 de abril de 2015. Disponible en: http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=2951:con-participacion-de-profesionales-de-la-salud-de-lima-se-realiza-taller-para-evitar-muertes-maternas-por-hemorragia&Itemid=900 (Consultado el 19 de abril de 2016)

términos de salud, con lo cual el Gobierno del Perú ganó liderazgo y control sobre la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de la política en salud; en este sentido destacó el apoyo de la Organización en la abogacía de temas cruciales de legislación en salud, por ejemplo en lactancia materna⁶⁷. Igualmente, se percibió un claro alineamiento y armonización de la OPS/OMS con las prioridades sanitarias nacionales y su contribución al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio; la Organización acompañó y contribuyó con el país para lograr las metas de los indicadores de los ODM, concretamente la reducción en tres cuartas partes de la mortalidad materna para el 2015⁶⁸.

Las intervenciones más destacadas de la OPS/OMS que se determinó deberían continuar en el país fueron la facilitación del diálogo en espacios bilaterales y multilaterales, intersectoriales, intergubernamentales y el sector privado; igualmente se destacó el papel positivo de la Organización en los análisis sectoriales prospectivos y su experiencia y experticia en ámbitos como la salud materno-infantil y la interculturalidad. Además, se identificaron áreas en las cuales se necesitaba una mayor contribución de la OPS/OMS si bien ésta resultó ser insuficiente; estas áreas fueron intensificar la vinculación con el subsector privado, la sociedad civil y la participación ciudadana, aportar mayores esfuerzos en la reducción de inequidades en todo el territorio, y prestar mayor apoyo técnico y movilización de recursos para crear capacidad nacional duradera en el sector salud, sobre todo en vistas a la reducción de las desigualdades⁶⁹.

En esta línea, la Estrategia de Cooperación de la OPS/OMS 2014-2019 se ha propuesto una serie de prioridades estratégicas en relación con la salud materna. Contribuir al fortalecimiento de la rectoría y conducción del proceso de reforma del sector salud con equidad y enfoque de género, derechos y diversidad cultural constituye una de ellas. Por otro lado, se proyecta como prioridad contribuir a mejorar y ampliar el acceso y la calidad de los servicios de salud integrales basados en la Atención Primaria de Salud; las actuaciones se encaminarán a la mejora de la eficiencia, calidad y acceso a servicios hospitalarios y especializados, así como el incremento en el aseguramiento de la población pobre⁷⁰.

II. Actuación en entornos rurales y comunidades indígenas

De acuerdo con el contenido de la Estrategia de Cooperación Técnica OPS/OMS con Perú 2014-2019, la pobreza y la desigualdad entre sectores dentro del país continúan siendo asignaturas pendientes. La reducción de la pobreza ha sido dispar no sólo en términos territoriales de dominio rural-urbano, sino también por género y etnia, persistiendo aún realidades de exclusión y privación en el interior del país. Entre los departamentos que mostraron mayor prevalencia de la pobreza en 2013 se encontraban Amazonas, Ayacucho, Cajamarca, Huancavelica y Pasco, con un rango entre 46,6% y 52,9%, y la tasa de pobreza

⁶⁷ Artículo de prensa de la OPS/OMS en Perú: 'Apoyar a madres trabajadoras a amamantar puede beneficiar a los empleadores', 31 de julio de 2015.

Disponible en: http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=3060:apoyar-a-las-madres-trabajadoras-a-amamantar-puede-beneficiar-a-los-empleadores&catid=1092:noticias-2015&Itemid=900 (Consultado el 19 de abril de 2016)

⁶⁸ Estrategia de Cooperación Técnica OPS/OMS-Perú, 2014-2019. Organización Panamericana de la Salud. Lima, Febrero 2014, pp. 53, 54.

⁶⁹ Ídem, pp. 53, 55.

⁷⁰ Ídem, pp. 68, 73.

extrema durante el año 2013 superó el 22% en Cajamarca⁷¹. Según observaciones de la Organización, aunque el país haya experimentado recientemente un período prolongado y continuo de crecimiento económico que lo ha posicionado como país de renta media alta, este proceso no se ha acompañado de un desarrollo social inclusivo u homogéneo. Se mantienen grupos importantes de la población rural e indígena, andina y amazónica, que no han mejorado sustantivamente su acceso a necesidades básicas en salud; por otra parte, el sistema de salud del país permanece fragmentado, con déficit de recursos humanos y financieros, y se requiere fortalecer sistemas de información y el desarrollo de tecnologías e investigación⁷²

Para iniciar el análisis del estado de la salud materna en entornos rurales del Perú, se aludirá a continuación al contenido de la Estrategia de Cooperación Técnica OPS/OMS 2014-2019 y, asimismo, a la Estrategia de Cooperación Técnica del anterior periodo 2010-2014.

A. Estrategia de Cooperación Técnica OPS/OMS - Perú 2010-2014

Entre los principales desafíos que se acordaron alcanzar hasta 2014 y que incumbieron a la mujer rural destacaron la mejora de la salud de la población femenina, avanzar en el aseguramiento universal en salud y el proceso de descentralización en todo el territorio, e incrementar el financiamiento público en salud. Respecto de la mejora de la salud de la mujer, la reducción de la mortalidad materna fue el aspecto considerado más preferencial de todos al suceder la mayor parte de las muertes maternas en los entornos rurales del país por causas evitables; a pesar de la mejora en la cobertura de control prenatal en las zonas rurales, quedó patente que aún subsistía el problema de que la mayor parte de los establecimientos de salud en zonas fuera de núcleos urbanos no estaban capacitados para brindar una atención adecuada y de calidad ante una emergencia obstétrica y tampoco contaban con adecuados mecanismos de referencia de las gestantes de alto riesgo a centros especializados⁷³. En segundo lugar, el aseguramiento universal en salud supuso asimismo un ámbito de acción a mejorar el cual había de ser implementado progresivamente en todas las áreas del país, pero especialmente en las zonas más pobres y vulnerables del territorio. Para lograrlo la Estrategia de Cooperación Técnica OPS/OMS en Perú estableció que se necesitaban cumplir con una serie de condiciones, garantizar estándares de calidad, resolver las deficiencias de infraestructura y equipamiento e, igualmente, solucionar problemáticas en recursos humanos; las regiones en las cuales se iniciaría el plan de implementación fueron Ayacucho, Apurímac y Huancavelica, zonas con elevados índices de pobreza y falta de recursos⁷⁴.

En tercer lugar, la mejora en salud materna en entornos rurales y poblaciones indígenas del Perú guardó una estrecha relación con la decisión de profundizar el proceso de descentralización en los tres niveles establecidos por el gobierno, el nacional, el regional y el local. Desde la OPS/OMS se observó que este proceso había avanzado en el país, disminuyendo en consecuencia una excesiva dependencia del gobierno central y otorgando

⁷¹ Estrategia de Cooperación Técnica OPS/OMS-Perú, 2014-2019. Organización Panamericana de la Salud. Lima, Febrero 2014, p. 17.

⁷² Ídem, p. 34.

⁷³ Estrategia de Cooperación Técnica OPS/OMS-Perú 2010-2014. Organización Panamericana de la Salud. Lima, Noviembre 2009, p. 25.

⁷⁴ Ídem, p. 26.

mayores márgenes de actuación a las autoridades del resto del territorio⁷⁵. A nivel nacional el Ministerio de Salud habría de asumir con mayor profundidad su rol de rectoría, conductor, normativo, fiscalizador y de asignación de recursos; a nivel regional correspondería asumir un rol de prestación y normativo, considerando no obstante que un nombre cada vez mayor de gobiernos regionales⁷⁶ ya contaba con transferencias de funciones en salud; a nivel local, debería asumirse un rol de prestación en el primer nivel de atención, definido como atención primaria de salud, en cada uno de los gobiernos locales⁷⁷ del Perú. Tal y como fue considerado por la OPS/OMS, la descentralización del sector salud continuaba siendo un reto importante para la cooperación técnica. Según la Organización debería apoyarse a las autoridades regionales a definir sus políticas regionales de salud, así como fortalecer a sus equipos técnicos, consiguiendo una más eficiente asignación de recursos y la búsqueda de una mayor equidad territorial, el aseguramiento universal en zonas priorizadas y la creación de redes y micro redes integradas de servicios; todo ello sin restar apoyo al Ministerio de Salud en este proceso de transferencia de derechos y obligaciones, a fin que pudiese fortalecer su rol rector de supervisión, monitoreo y evaluación⁷⁸.

B. Estrategia de Cooperación Técnica OPS/OMS - Perú 2014-2019

Respecto de la Estrategia de Cooperación Técnica OPS/OMS con Perú que rige para el periodo 2014-2019, se continúan constatando brechas entre la educación recibida en medios urbanos y rurales, así como la educación recibida por niños y niñas que tienen como lengua materna el idioma castellano y aquellos que crecen en contextos lingüísticos distintos, en

⁷⁵ 'El centralismo en Perú (...) desde la época colonial Lima se organizó como un centro administrativo desde donde se supervisaba la explotación de los recursos al interior del territorio. Después de la Independencia muchas de las relaciones existentes se cortaron y, en la práctica, el Estado peruano nunca existió para buena parte de las zonas alejadas del país. El resultado ha sido la dedicación casi exclusiva de las energías del Estado a la ciudad de Lima (...) en detrimento de las regiones (...) La mayoría de dependencias públicas se ubican en la capital, y las que se encuentran en el interior están subordinadas a ésta, lo que induce a la ineficiencia y la lentitud de los trámites y las decisiones importantes. Este abandono de las provincias ha originado, finalmente, que los habitantes de las mismas hayan migrado hacia la capital y algunas otras ciudades mayores en búsqueda de un mejor nivel de vida, dado que sólo allí se podía obtener servicios públicos, educación y oportunidades de trabajo en forma adecuada (...) Debe abrirse paso a un mecanismo de participación más activo de las comunidades, a través de verdaderos gobiernos representativos más ligados a las necesidades y las preferencias de los pobladores. No sólo se trata de un cambio de actitud, sino de un accionar ante la ausencia de mecanismos formales de participación y provisión de los servicios locales básicos'

ARAOZ M., URRUNAGA R. *Finanzas municipales: ineficiencias y excesiva dependencia del gobierno central*, Lima, Centro de Investigación, Universidad del Pacífico, 1996, pp. 14, 15.

⁷⁶ Los Gobiernos regionales en Perú son las instituciones públicas encargadas de la administración de su región con autonomía política, económica y administrativa para los asuntos de su competencia, en el marco de un Estado unitario y descentralizado, autonomía que sin embargo no es absoluta sino que encuentra sus límites en el ordenamiento nacional. Disponible en: <http://www.deperu.com/abc/estado-peru/1335/gobiernos-regionales-en-el-peru> (Consultado el 6 de abril del 2016)

⁷⁷ Los Gobiernos locales en Perú, también conocidos como municipalidades, son entidades de la organización territorial del Estado y canales inmediatos de participación vecinal en los asuntos públicos que gestionan con autonomía los intereses propios de su comunidad, siendo elementos esenciales del Gobierno local el territorio, la población y la organización. La estructura orgánica de las municipalidades está compuesta por el concejo municipal y la alcaldía. Disponible en: <http://www.deperu.com/abc/estado-peru/1336/las-municipalidades-del-peru> (Consultado el 6 de abril del 2016)

⁷⁸ Estrategia de Cooperación Técnica OPS/OMS-Perú 2010-2014. Organización Panamericana de la Salud. Lima, Noviembre 2009, pp. 26, 27, 38.

referencia específica a las comunidades indígenas. En consecuencia se insta a superar las brechas mencionadas, pues la educación de la futura madre es un factor influyente en la persistencia de altas tasas de muerte materna e infantil en el país⁷⁹.

Igualmente, la OPS/OMS menciona como nota positiva del Perú el desarrollo de experiencias en diversas áreas de la salud pública susceptibles de aportar conocimiento y desarrollo sanitario a otros países. Respecto de la mortalidad materna, se destacan iniciativas extendidas ampliamente en el país como las casas de espera maternas⁸⁰ y la adecuación intercultural del parto⁸¹; las 'casas de espera maternas' han incrementado con rapidez la cobertura del parto institucional en el territorio, haciendo prevaler los derechos de las gestantes que habitan en zonas de difícil accesibilidad y culturalmente diferentes, de manera que a través de éstas se permite y se facilita el acceso a los servicios de salud, implicando a la vez la seguridad y bienestar del niño/a que está por nacer, y reduciendo la mortalidad materna y neonatal⁸². Por otra parte, la Organización constata la descentralización de los servicios de acceso a la salud, fortaleciendo las capacidades y gestiones locales como parte del proceso de implementación del Modelo de Atención Integral de Salud basado en familia y comunidad propuesto por el Ministerio de Salud del Perú. Estas experiencias de trabajo comunitario y adecuación intercultural en entornos rurales con altos índices de pobreza propician la mejora de la salud de sus habitantes y, concretamente en cuanto a salud materna, se garantiza una red asistencial organizada alrededor de centros de salud materno infantil, así como la correcta pertinencia cultural de los servicios de salud a la hora de adecuar la atención a las necesidades específicas del perfil de mujer gestante rural e indígena, con la implantación de 'casas de espera maternas', el parto vertical, una red de terapeutas tradicionales, y el uso de diálogos interculturales para tomar acuerdos con la comunidad⁸³.

C. Actuación en las comunidades indígenas

La Organización de las Naciones Unidas no ha adoptado una definición oficial de *indígenas* en razón de la diversidad de los pueblos indígenas que habitan en el planeta. Sin embargo, la Organización acepta un concepto inclusivo de *indígenas* que abarca los pueblos que se

⁷⁹ Estrategia de Cooperación Técnica OPS/OMS-Perú, 2014-2019. Organización Panamericana de la Salud. Lima, Febrero 2014, pp. 19, 20.

⁸⁰ Según Resolución Ministerial 815-2010/MINSA, de 20 de octubre de 2010, y de acorde con los procesos de modernización y descentralización del Estado, la Dirección General de Promoción de la Salud elaboró el Documento Técnico: 'Gestión Local para la implementación y el funcionamiento de la Casa Materna'. Su finalidad es la contribución a la reducción de la mortalidad materna y neonatal a través del involucramiento de las autoridades regionales y locales, actores sociales y población en general, propiciando la gestión local para la implementación de la Casa Materna, siendo una herramienta de trabajo para el personal de salud. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/compendio/pdf/casamaterna.pdf> (Consultado el 18 de abril de 2016)

⁸¹ Artículo 'El parto vertical con adecuación intercultural salva vidas maternas en Churcampa-Huancavelica-Perú', 2015. Disponible en: <http://www.care-challenge.com/fr/ideas/el-parto-vertical-con-adecuaci%C3%B3n-intercultural-salva-vidas-maternas-en-churcampa-huancavelica-peru> (Consultado el 18 de abril de 2016)

⁸² Estrategia de Cooperación Técnica OPS/OMS-Perú, 2014-2019. Organización Panamericana de la Salud. Lima, Febrero 2014. Página 33.

⁸³ Artículo de prensa de la OPS en Perú: 'Huancavelica: OPS/OMS Perú realiza visita de trabajo a experiencia comunitaria de atención integral de salud', 7 de julio de 2015. Disponible en: http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=3039:huancavelica-opsoms-peru-realiza-visita-de-trabajo-a-experiencia-comunitaria-de-atencion-integral-de-salud&catid=1092:noticias-2015&Itemid=900 (Consultado el 19 de abril de 2016)

identifican a sí mismos y son reconocidos y aceptados por su comunidad como indígenas, tienen una continuidad histórica demostrada, mantienen fuertes lazos con sus territorios y sus recursos naturales, poseen sistemas sociales, económicos o políticos distintos, conservan lenguas, culturas y creencias distintas, y están dispuestos a mantener y reproducir sus entornos y sistemas ancestrales como pueblos y comunidades diferenciados⁸⁴. De igual modo, la Organización de las Naciones Unidas ha reconocido la exclusión de los pueblos indígenas de los procesos de toma de decisiones, al haber sido muchos de ellos marginados, explotados, asimilados por la fuerza y sometidos a represión, tortura y asesinato cuando han intentado levantar la voz en defensa de sus derechos⁸⁵.

La *Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas*⁸⁶ constituyó un nuevo paso importante hacia el reconocimiento, la promoción y la protección de los derechos y las libertades de los pueblos indígenas, y en el desarrollo de actividades pertinentes del sistema de las Naciones Unidas en esta esfera. La Declaración afirma, entre otras aseveraciones, que los pueblos indígenas son iguales a todos los demás pueblos, y reconoce al mismo tiempo el derecho de todos los pueblos a ser diferentes, a considerarse a sí mismos diferentes y a ser respetados como tales; esta afirmación admite la urgente necesidad de respetar y promover los derechos intrínsecos de las comunidades indígenas, que derivan de sus estructuras políticas, económicas y sociales y de sus culturas, de sus tradiciones espirituales, de su historia y de su filosofía, especialmente los derechos a sus tierras, territorios y recursos. Una serie de artículos de la Declaración mencionan el derecho a la salud de las comunidades indígenas y constituyen la base para la actuación y colaboración de la OPS/OMS con estas colectividades, además de concernir el ámbito de la salud materna de las mujeres indígenas. El *Artículo 7* afirma que las personas indígenas tienen derecho a la vida, la integridad física y mental, la libertad y la seguridad de la persona. En referencia al *Artículo 21* de la Declaración, su contenido enuncia el derecho de los pueblos indígenas, sin discriminación, al mejoramiento de sus condiciones económicas y sociales, entre otras esferas la referente a la salud; con este fin los Estados adoptarán medidas eficaces y, cuando proceda, medidas especiales para asegurar este mejoramiento continuo, prestando especial atención a los derechos y necesidades especiales de las mujeres y los niños. El *Artículo 23* declara el derecho de los pueblos indígenas a participar activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud y, en lo posible, a administrar estos programas mediante sus propias instituciones. Por su parte, el *Artículo 24* alega el derecho de las comunidades indígenas a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud; las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud; el igual derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental es contemplado en este mismo artículo, añadiendo que los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente que este derecho se haga plenamente efectivo. Por último, resulta asimismo importante destacar el *Artículo 41* de la Declaración, por el cual los órganos y organismos especializados del sistema de las Naciones Unidas contribuirán a la plena aplicación de las disposiciones de la *Declaración de las*

⁸⁴ Disponible en: <https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/> (Consultado el 18 de abril de 2016)

⁸⁵ Disponible en: <http://www.un.org/es/globalissues/indigenous/> (Consultado el 18 de abril de 2016)

⁸⁶ Resolución 61/295 aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas. *Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas*. Nueva York, 13 de septiembre de 2007. Disponible en: http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_es.pdf (Consultado el 18 de abril de 2016)

Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas mediante la movilización de la cooperación financiera y la asistencia técnica; asimismo, se establecerán los medios de asegurar la participación de los pueblos indígenas en relación con los asuntos que les conciernan.

Respecto de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, la salud es definida como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Esta definición va más allá del paradigma biomédico occidental, que trata el cuerpo, la mente y la sociedad como entidades distintas, y refleja un concepto más holístico de la salud. Los pueblos indígenas tienen un concepto similar de la salud, pues el bienestar es la armonía entre los individuos, las comunidades y el universo. En efecto, los sistemas curativos tradicionales y la atención biomédica occidental coexisten en todas las regiones del mundo, pero los sistemas tradicionales tienen una función particularmente vital en las estrategias curativas de los pueblos indígenas. Según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, al menos un 80% de la población de los países en desarrollo utiliza los sistemas curativos tradicionales como principal fuente de atención sanitaria⁸⁷

La Estrategia de Cooperación Técnica OPS/OMS con Perú implementada entre los años 2010 y 2014 puso el acento en la realidad específica de las comunidades indígenas del país, implementando el *Programa de Salud de los Pueblos Indígenas*. El programa fue elaborado para contribuir al logro de la equidad en un contexto de reconocimiento y de respeto hacia la diversidad cultural, siendo el objetivo prioritario hallar soluciones realistas y sostenibles a los graves problemas de mala salud y condiciones de vida de la población indígena peruana, inferiores al promedio de la población del territorio, y en colaboración con los propios pueblos indígenas. Para lograrlo se estableció promover esfuerzos conjuntos y responsabilidades compartidas entre la OPS/OMS y el Perú, y las organizaciones y las comunidades indígenas, junto con los organismos y las organizaciones nacionales e internacionales, gubernamentales y no gubernamentales; se determinó asimismo generar conocimientos e información basados en las experiencias, y formular propuestas que respondiesen tanto a situaciones específicas del país como a contextos presentes en otros estados de la región de las Américas igualmente con presencia de poblaciones indígenas⁸⁸. Por otra parte, la promoción e implementación de políticas públicas y el fortalecimiento de la salud familiar y comunitaria, aspectos priorizados en la Estrategia de Cooperación Técnica 2010-2014, comportaron la reducción de la mortalidad materna y un avance en el empoderamiento de las personas, familias y comunidades orientado al ejercicio de sus derechos en salud, la equidad de género y la interculturalidad⁸⁹.

Concerniente a la Estrategia de Cooperación Técnica OPS/OMS con Perú para el período 2014-2019 y en relación con la salud materna de la mujer indígena, se recalca la situación en términos de salud experimentada por grupos de población vulnerables. Un notable porcentaje de adolescentes indígenas llegan a la maternidad más pronto que otras jóvenes pertenecientes a ámbitos culturalmente diferenciados, sobre todo las residentes en entornos urbanos. Por otra

⁸⁷ Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs326/es/> (Consultado el 20 de abril de 2016)

⁸⁸ Estrategia de Cooperación Técnica OPS/OMS-Perú 2010-2014. Organización Panamericana de la Salud. Lima, Noviembre 2009, p. 35.

⁸⁹ Ídem, p. 39.

parte, se especifica que aunque el promedio nacional de atención profesional del parto ha mejorado sustantivamente, este porcentaje disminuye alrededor de un 60% en el caso de gestantes indígenas aimaras y quechuas, y desciende hasta un alarmante 16% en algunas comunidades amazónicas, lo cual incrementa notablemente el riesgo de muerte materna y perinatal⁹⁰. Por último, un elemento crítico que introduce la Estrategia de Cooperación Técnica 2014-2019, el cual repercute en el estado de la salud materna de la mujer indígena, es que las competencias de salud transferidas por el proceso de descentralización a los gobiernos regionales están todavía en proceso de apropiación e implementación. De igual modo, se señala el déficit y la mala distribución de los recursos humanos en salud, todavía altamente concentrados en la costa y en entornos urbanos del país, principalmente la ciudad de Lima con alrededor un 70% de médicos y otros profesionales de la salud⁹¹

Por otro lado, la OPS/OMS mantiene un especial interés en la salvaguardia y el afianzamiento de una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas, aspecto con repercusión en la mejoría de la salud materna de sus mujeres⁹². La Organización se propone mediante el trabajo con las comunidades indígenas ayudar en el fomento de actitudes, prácticas y conocimientos que, bien siendo aceptadas por los pueblos dentro de su propio sistema cultural, promuevan el empoderamiento de la comunidad e incrementen su capacidad de gestión y la sostenibilidad de programas de salud comunitarios. En este proceso, la OPS/OMS trabaja en colaboración estrecha con los actores sociales, el personal de salud, la familia, la comunidad indígena y los líderes tribales. A su vez se refuerza positivamente el reconocimiento del carácter multilingüe, multiétnico y multicultural de la comunidad indígena, fomentando la salud de la madre, la salud reproductiva y la equidad de género, con miras a disminuir las desigualdades existentes en el acceso a los sistemas de salud por parte de este sector de población⁹³. En efecto, la acción de generar sinergias eficientes y formas de relación que promuevan la participación de las poblaciones más vulnerables tradicionalmente excluidas de la gestión pública es la garantía de un mayor ejercicio de su derecho a un acceso equitativo y de calidad a la salud; a través del diálogo intercultural y horizontal se accede a la valoración de los conocimientos y prácticas de salud locales, así como a la incorporación de las mismas dentro de los sistemas de salud convencionales⁹⁴.

Según la OPS/OMS, el trabajo con los pueblos indígenas implica sobre todo la disposición de conocer y respetar el uso de sus costumbres y la lengua propia; en este sentido, es importante que el personal de salud tenga la disposición de aprender el idioma local con el fin de facilitar el acceso de un mayor número de personas al servicio. Por otra parte, el trabajo con los jefes indígenas, siendo interlocutores reconocidos y autorizados por la propia comunidad, resulta

⁹⁰ Estrategia de Cooperación Técnica OPS/OMS-Perú, 2014-2019. Organización Panamericana de la Salud. Lima, Febrero 2014, p. 25.

⁹¹ Ídem, p. 31.

⁹² Artículo de prensa de la OPS en Perú: 'Fortalecer competencias del equipo de salud con enfoque intercultural es elemento central para evitar muertes por hemorragia materna' Disponible en: http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=3001:la-opsoms-capacito-a-profesionales-de-la-salud-de-siete-paises-para-prevenir-y-manejar-la-hemorragia-obstetrica-una-de-las-principales-causas-de-muerte-materna-en-las-americas&Itemid=900 (Consultado el 19 de abril de 2016)

⁹³ OPS/OMS. *Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas*, Washington DC, Área de Salud Familiar y Comunitaria, Biblioteca Sede OPS. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, 2008, pp. 7, 8.

⁹⁴ Ídem, p. 11.

clave, y también es indispensable la labor emprendida junto a los médicos tradicionales por parte de los chamanes, los curanderos, las parteras, los hueseros, el consejo de ancianos y los demás líderes de la colectividad indígena. Todos ellos, poseedores de un valioso bagaje de conocimientos ancestrales, constituyen una red de autoridades legitimadas por su comunidad para el cuidado de la vida, la salud y el desarrollo de sus individuos. Igualmente, la labor con el pueblo indígena requerirá asimismo de un trabajo en red permanente y masivo que permita un efecto multiplicador de la comunicación, ampliando con ello los espacios y las oportunidades de promoción de las prácticas de salud⁹⁵.

Avanzando más en el ámbito de la salud materna de las mujeres indígenas, la OPS/OMS establece una serie de orientaciones para lograr relaciones interculturales sanas y eficientes en este campo. Resulta necesario trabajar con las mujeres la noción que el cuidado de la salud implica el desarrollo de habilidades para el reconocimiento de los signos de peligro, elemento clave para evitar complicaciones y la muerte. De igual modo, los propios profesionales de la salud han de tener disposición y apertura para promover cambios en la atención de la salud, lo cual se logrará mejorando el trabajo con las pacientes e introduciendo algunos saberes y conocimientos locales en la atención de la salud materna como el parto vertical, entre otros. Por otra parte, es recomendable reconocer la cosmovisión indígena sobre el mundo de la salud y la enfermedad, utilizando en el trabajo diario argumentos de esta cosmovisión para fortalecer la promoción de la salud familiar. El interés por los destinos de la salud y el desarrollo de los pueblos indígenas también es un aspecto hacia el cual orienta su acción la OPS/OMS, de modo que se promueva la inclusión en la agenda de las autoridades indígenas, así como autoridades locales, regionales y nacionales, del tema de la salud comunitaria y la salud intercultural, con énfasis en salud materno infantil⁹⁶

⁹⁵ Ídem, pp. 26, 34.

⁹⁶ Ídem, pp. 38, 39.

CAPÍTULO TERCERO

ACTUACIÓN DE ONU MUJERES RESPECTO DE LA SALUD MATERNA EN PERÚ

En julio de 2010, la Asamblea General de las Naciones Unidas creó ONU Mujeres, la Entidad de la Organización de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer. Como defensora mundial de mujeres y niñas, ONU Mujeres fue establecida para acelerar el progreso que conllevará a mejorar las condiciones de vida de las mujeres y a responder a las necesidades que enfrentan en el mundo. Con su creación, los Estados Miembros dieron un gran paso histórico en la celeridad de los objetivos de la Organización en materia de igualdad de género y de empoderamiento de la mujer⁹⁷.

Durante varias décadas la Organización de las Naciones Unidas ha hecho progresos importantes en el adelanto de la igualdad de género, incluyendo los acuerdos históricos como la *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing*⁹⁸, y la *Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*⁹⁹. Sin embargo, durante varios años la Organización se ha enfrentado a serias dificultades en sus esfuerzos por promover la igualdad de género en el mundo, incluyendo una financiación inadecuada y ningún motor reconocido que dirigiese las actividades de la Organización de las Naciones Unidas en materia de igualdad de género. ONU Mujeres fue creada para ser una Entidad dinámica defensora de las mujeres y las niñas, otorgándoles una voz poderosa en los ámbitos mundial, regional y local; en base a la visión de igualdad de la Carta de las Naciones Unidas se consagrará, entre otras cosas, a trabajar en pro de la eliminación de la discriminación en contra de las mujeres y las niñas, el empoderamiento de la mujer, y el logro de la igualdad entre las mujeres y los hombres, como socios y beneficiarios del desarrollo, los derechos humanos, las acciones humanitarias y la paz y la seguridad¹⁰⁰.

Con sede en las Naciones Unidas, en Nueva York, ONU Mujeres trabaja a nivel global y al interior de los países por medio de una red de oficinas subregionales. Actúa en la región de América Latina y el Caribe a través de su Oficina Regional ubicada en la ciudad en Panamá, la cual brinda apoyo a las oficinas de país y a otras que cubren varios países y se encuentran ubicadas a través de la región, así como a países donde ONU Mujeres tiene una presencia programática más limitada; en los Estados donde ONU Mujeres no tiene una presencia en el terreno, se apoya la ejecución de programas a través de las alianzas mantenidas con el sistema de las Naciones Unidas, los gobiernos y la sociedad civil del respectivo país. En Perú, el Sistema de las Naciones Unidas¹⁰¹ está conformado por las agencias, fondos, programas y

⁹⁷ Disponible en: <http://www.unwomen.org/es/about-us/about-un-women> (Consultado el 30 de marzo de 2016)

⁹⁸ Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf> (Consultado el 30 de marzo de 2016)

⁹⁹ Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm> (Consultado el 30 de marzo de 2016)

¹⁰⁰ Disponible en: <http://www.unwomen.org/es/about-us/about-un-women> (Consultado el 30 de marzo de 2016)

¹⁰¹ Las Naciones Unidas trabajan en todo el mundo a través de un conjunto de organizaciones, llamado Sistema de las Naciones Unidas (SNU), que está constituido por la Secretaría de la ONU, los fondos y programas (como es el caso de UNICEF y el PNUD), los organismos especializados (por ejemplo la UNESCO y la OMS) y las organizaciones conexas. En conjunto estas organizaciones abarcan todas las esferas de la actividad económica y social. Disponible en: <http://onu.org.pe/ONU-en-el-peru/> (Consultado el 1 de abril de 2016)

organismos especializados de la Organización de las Naciones Unidas establecidos en el país; el Equipo País o UNCT (*United Nations Country Team*¹⁰²) está constituido por los representantes de dichos organismos, fondos y programas, es liderado por la Coordinadora Residente y se encuentra bajo su responsabilidad a través de la Oficina de la Coordinadora Residente de las Naciones Unidas en el Perú. Todos estos organismos tienen presencia en el país de acuerdo a las áreas que el mismo Estado peruano ha identificado como prioritarios para su desarrollo, brindando apoyo de acuerdo a su mandato y especialidad mediante proyectos de cooperación técnica, asistencia humanitaria, investigación aplicada al desarrollo, o bien el sostenimiento técnico al desarrollo de capacidades nacionales¹⁰³.

ONU Mujeres confirma que los países de América Latina y el Caribe han asumido importantes compromisos en lo que se refiere a los derechos de la mujer. Todos ellos han ratificado la *Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*; por otra parte, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos incluye un poderoso instrumento regional para combatir la violencia contra las mujeres, la *Convención de Belém do Pará*¹⁰⁴. Las iniciativas de ONU Mujeres en Perú se centran en tres áreas prioritarias de intervención: la participación política de las mujeres y el liderazgo, el empoderamiento económico de las mujeres, y la erradicación de la violencia contra las mujeres y las niñas; la misma perspectiva de actuación es aplicada en el resto de países de la región de América Latina y el Caribe¹⁰⁵.

En referencia al ámbito de la salud, ONU Mujeres constata como las normas sociales, las decisiones políticas y el nivel de progreso económico inciden obviamente de modo directo en la salud; además, estos elementos contienen patrones de discriminación de género, lo cual conduce al hecho que la salud plena eluda a muchas mujeres en el mundo actual. En materia de atención médica para las mujeres se han logrado progresos, y respecto del campo de la salud materna la mortalidad se ha reducido progresivamente en las últimas décadas, aunque en 2013 eran casi 800 las mujeres que todavía morían diariamente por causas relacionadas con la maternidad; la mayoría de esas vidas pudieron haberse salvado con intervenciones de prevención simples. La *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing* estipuló que las mujeres deben disfrutar de los más altos niveles de salud durante toda su vida y debe darse seguimiento a las preocupaciones de las mujeres en lo que respecta a la salud. Más de veinte años después de la aprobación de la Declaración, este documento continúa orientando la lucha mundial contra las restricciones y los obstáculos al empoderamiento de las mujeres en todo el mundo¹⁰⁶, si bien ningún país ha alcanzado todavía la igualdad para las mujeres y las niñas y persisten significativos niveles de desigualdad entre mujeres y hombres. Entre los ámbitos

¹⁰² Disponible en: <https://undg.org/home/country-teams/unct-home/> (Consultado el 1 de abril de 2016)

¹⁰³ Disponible en: <http://onu.org.pe/> (Consultado el 1 de abril de 2016)

¹⁰⁴ Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/belemdopara.asp> (Consultado el 1 de abril de 2016)

¹⁰⁵ Disponible en: <http://www.unwomen.org/es/where-we-are/americas-and-the-caribbean> (Consultado el 1 de abril de 2016)

¹⁰⁶ En la *Cumbre para el Desarrollo Sostenible*, que se llevó a cabo en septiembre de 2015, los Estados Miembros de la ONU aprobaron la *Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*, que incluye un conjunto de 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). El Objetivo 5 hace referencia a la Igualdad de género: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y niñas. Disponible en: <http://www.undp.org/content/undp/es/home/sdgoverview/post-2015-development-agenda.html> (Consultado el 8 de abril de 2016)

primordiales con insuficientes progresos se encuentra el de la salud¹⁰⁷ y, particularmente, se subraya como objetivo a alcanzar la reducción de la mortalidad materna y el respeto de los derechos de salud reproductiva¹⁰⁸.

ONU Mujeres ha examinado posteriormente cuáles han sido los resultados del despliegue de la *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing* y ha podido verificar avances pero asimismo bloqueos respecto de la salud materna; estos progresos y obstrucciones son igualmente observables en el caso de la mujer peruana en relación con este campo de salud. Desde un punto de vista favorable, se han ejecutado programas para sensibilizar a las autoridades encargadas de formular políticas y a los planificadores acerca de la necesidad de contar con programas sanitarios que abarquen todos los aspectos de la salud de la mujer durante todo su ciclo vital, lo que ha contribuido a un aumento de la esperanza de vida de la mujer en muchos países; asimismo, otro aspecto destacable es el hecho que en los últimos años se concede más atención a la lactancia materna, la nutrición y la salud de los lactantes y las madres¹⁰⁹.

Por el contrario, entre los bloqueos que aún perduran en el campo de la salud materna ONU Mujeres confirma que, aunque los 189 Estados Miembros de las Naciones Unidas que adoptaron la Declaración en 1995 se comprometieron a prestar una atención asequible y de calidad en salud, así como potenciar las inversiones en servicios esenciales para las mujeres, todavía hoy numerosas amenazas en este campo enfrentan a las mujeres y se asiste a la falta de cumplimiento de sus derechos inherentes¹¹⁰ en cuanto al acceso a los sistemas de salud¹¹¹. Las tasas de mortalidad y de morbilidad derivadas de la maternidad continúan siendo elevadas, y respecto de las medidas relativas a la salud de las mujeres siguen persistiendo graves carencias que acrecientan sus problemas de salud sexual y reproductiva; además, algunas mujeres siguen enfrentándose a obstáculos en el ejercicio de su derecho a disfrutar del mayor nivel de salud física y mental¹¹². Prosigue la carencia de información sobre servicios básicos de salud, adecuados, asequibles y de calidad, y también en relación al acceso a ellos; por otro lado, no se presta suficiente atención a los cuidados de salud materna y obstétricos de urgencia¹¹³.

ONU Mujeres propone una serie de medidas a adoptar por los gobiernos en relación con la salud materna, con tal de emprender acciones concretas, incluidos programas y políticas, para

¹⁰⁷ El Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 hace referencia a la Buena salud: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Entre otros aspectos, alude a las muertes evitables durante el embarazo o el parto, y al reducido porcentaje de nacimientos en zonas rurales asistido por profesionales capacitados.

¹⁰⁸ ONU MUJERES *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. Declaración política y documentos resultados de Beijing+5*, Nueva York, Organización de las Naciones Unidas, 2015, pp. 1 a 5. Disponible en: http://www.unwomen.org/~media/headquarters/attachments/sections/csw/bpa_s_final_web.pdf (Consultado el 25 de abril de 2016)

¹⁰⁹ Ídem, p. 239.

¹¹⁰ Artículo de prensa: 'Carolina Trivelli: La nueva agenda de ONU Mujeres', 27 de abril de 2016. Disponible en: <http://peru21.pe/opinion/carolina-trivelli-nueva-agenda-onu-mujeres-2221419> (Consultado el 27 de abril de 2016)

¹¹¹ Disponible en: <http://beijing20.unwomen.org/es/in-focus/health> (Consultado el 25 de abril de 2016)

¹¹² ONU MUJERES *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. Declaración política y documentos resultados de Beijing+5*, Nueva York, Organización de las Naciones Unidas, 2015, p. 240. Disponible en: http://www.unwomen.org/~media/headquarters/attachments/sections/csw/bpa_s_final_web.pdf (Consultado el 25 de abril de 2016)

¹¹³ Ídem, p. 242.

garantizar que la maternidad, la condición de madre y la función de la mujer en la procreación no sean motivo de discriminación ni limiten la plena participación de la mujer en la sociedad del país¹¹⁴. Otra línea de acción que la Entidad expone a los gobiernos es el poder lograr que la reducción de la morbilidad y la mortalidad derivadas de la maternidad constituya una prioridad del sector de la salud, y que las mujeres tengan fácil acceso a cuidados obstétricos esenciales y servicios de salud materna bien equipados y dotados del personal adecuado; asimismo se aboga por una asistencia de alto nivel profesional en los partos, atención después del parto y planificación de la familia a fin de promover la seguridad en la maternidad. De igual modo se subraya la eliminación de la discriminación contra todas las mujeres y las niñas en relación al acceso a la información sobre salud y a los servicios sanitarios y de atención de la salud¹¹⁵.

A continuación se exponen las principales líneas de acción que ONU Mujeres desarrolla en entornos rurales y comunidades indígenas de Perú respecto de la salud materna. En cuanto a los entornos urbanos, no se hallan localizadas estrategias específicas de acción desplegadas por la Entidad en relación a la salud materna de la mujer que reside en las grandes ciudades del país. La labor efectuada por ONU Mujeres en las principales urbes se ciñe a las medidas por las cuales la Entidad aboga en relación a una óptima salud materna de sus mujeres, tal y como constituyen la plena accesibilidad a cuidados obstétricos básicos, la existencia de servicios competentes en salud materna o bien la disponibilidad de profesionales de la salud cualificados; asimismo, garantizar el acceso de la mujer a información verídica respecto de salud materna y en cuanto a los servicios sanitarios y de atención a la salud a su alcance, y la supresión de cualquier tipo de exclusión por motivos económicos, sociales y culturales, respaldando con ello una plena equidad entre todas las mujeres.

I. Actuación en entornos rurales

ONU Mujeres trabaja en el logro de un mayor empoderamiento de la mujer del Perú que habita en entornos rurales, dentro del marco de una iniciativa interagencial acerca del *Enfoque Territorial para el Empoderamiento de las Mujeres Rurales en América Latina y el Caribe*, liderado por la propia Entidad. Las políticas implementadas en este campo buscan reducir las brechas por razón de género que conducen a contextos de inequidad, en los cuales la mujer rural no goza del mismo acceso a los recursos y servicios básicos, entre ellos el de la salud, y conducir al empoderamiento verdadero de las mujeres rurales dentro de un marco de igualdad, ciudadanía participativa y derechos¹¹⁶.

Las grandes brechas a las cuales se enfrentan las mujeres rurales son dos, las brechas de género respecto a los hombres rurales, y las brechas de lugar de residencia respecto de las mujeres urbanas. Estas inequidades resultan claramente evidentes cuando se analizan aspectos

¹¹⁴ ONU MUJERES *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. Declaración política y documentos resultados de Beijing+5*, Nueva York, Organización de las Naciones Unidas, 2015, p. 272. Disponible en: http://www.unwomen.org/~media/headquarters/attachments/sections/csw/bpa_s_final_web.pdf (Consultado el 25 de abril de 2016)

¹¹⁵ Ídem, p. 276.

¹¹⁶ HERNÁNDEZ P., ZÁRATE P., DURAND A., *Políticas y Experiencias relevantes para el Empoderamiento de las Mujeres Rurales en Perú. Un análisis desde el enfoque territorial*, Lima, Instituto de Estudios Peruanos - ONU Mujeres, 2013, pp. 4 a 6.

como la escolaridad, el logro educativo y el analfabetismo¹¹⁷, evidenciándose también en los indicadores de salud. Respecto de este último ámbito, se resalta la tasa de mortalidad materna que, siendo una de las más altas de Latinoamérica, en las zonas rurales del Perú sigue siendo especialmente elevada. Esta problemática está asociada tanto a elementos técnicos, como las dificultades para acceder oportunamente al centro de atención por las distancias y condiciones geográficas o bien la precariedad en las instituciones de salud, como a elementos actitudinales, como el temor y la resistencia de la mujer rural a ser atendida bajo patrones socioculturales distintos y poco respetuosos de su idiosincrasia, la discriminación y la desconfianza en los profesionales de salud y, asimismo, los altos índices de pobreza existentes en el ámbito rural¹¹⁸. De este modo, tal y como ha estado observado en los capítulos anteriores, los profesionales de la salud han adecuado la salud materna al contexto específico cultural que envuelve a la gestantes que habitan en áreas rurales dispersas y de exclusión social; en tal sentido, se propone como meta sanitaria lograr el incremento de porcentaje de partos institucionales, así como reducir la tasa de mortalidad perinatal, siendo el método que permite obtener estas metas el parto vertical con adecuación intercultural¹¹⁹.

Por otra parte, es destacable el hecho que no todas las mujeres rurales en edad fértil cuentan con seguro de salud, a través del Seguro Integral de Salud (SIS) y *EsSALUD* principalmente, ambos servicios públicos del Gobierno peruano, aspecto que afecta consecuentemente al ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos¹²⁰. De igual manera, cabe subrayar que si bien la mayor incidencia de pobreza a nivel general de país se observa en las mujeres solteras y en los hogares monoparentales conducidos por una mujer, esta situación se agrava significativamente en el caso de las mujeres rurales¹²¹.

II. Actuación en las comunidades indígenas

En relación a las particularidades culturales que presentan las comunidades indígenas, ONU Mujeres recomienda una serie de medidas susceptibles de ser adoptadas por los gobiernos en cuanto a la salud materna de las mujeres indígenas que habitan en el respectivo país. Las líneas de acción propuestas por la Entidad se circunscriben, por lo tanto, al territorio del Perú. Destacarían, como principales medidas a adoptar, la eliminación de los obstáculos que impiden a las mujeres indígenas participar en la política y en la adopción de decisiones; estas dificultades identificadas son la falta de capacitación de la mujer, la doble carga del trabajo remunerado y no remunerado, y las actitudes y estereotipos sociales negativos¹²². Asimismo, se establece la necesidad de examinar y supervisar las iniciativas de reforma del sector de la salud y sus consecuencias para la salud de la mujer indígena, así como su capacidad para

¹¹⁷ HERNÁNDEZ P., ZÁRATE P., DURAND A., *Políticas y Experiencias relevantes para el Empoderamiento de las Mujeres Rurales en Perú. Un análisis desde el enfoque territorial*, Lima, Instituto de Estudios Peruanos - ONU Mujeres, 2013, p. 13.

¹¹⁸ Ídem, p. 15.

¹¹⁹ Ídem, p. 23.

¹²⁰ Ídem, p. 15.

¹²¹ Ídem, p. 19.

¹²² ONU MUJERES *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. Declaración política y documentos resultados de Beijing+5*, Nueva York, Organización de las Naciones Unidas, 2015, p. 271. Disponible en: http://www.unwomen.org/~media/headquarters/attachments/sections/csw/bpa_s_final_web.pdf (Consultado el 25 de abril de 2016)

disfrutar sus derechos humanos; se subraya en particular mejorar el suministro de servicios de salud para las mujeres pobres de las zonas rurales, y velar porque gracias a las reformas todas las mujeres tengan acceso pleno y en condiciones de igualdad a una atención y servicios de salud disponibles, accesibles y de alta calidad teniendo en cuenta la diversidad de necesidades de las mujeres que habitan en comunidades indígenas¹²³.

Por otra parte, bien y como se ha mencionado con anterioridad, las tasas de pobreza resultan más elevadas en el ámbito rural del Perú. El componente étnico se encuentra en relación con estos índices, si bien observamos la variable de la lengua materna autóctona, la pobreza alcanza en porcentajes más elevados al sector de población femenina con lengua materna quechua, aimara o amazónica; en cambio, afecta a un porcentaje más reducido de mujeres que tienen como lengua materna el castellano. Se deduce, a partir de ello, que la coincidencia entre pobreza, etnicidad y género es altamente significativa en Perú¹²⁴.

En relación a la salud materna, uno de los puntos que genera más conflicto es el desencuentro entre la preferencia mayoritaria de las mujeres andinas y amazónicas por el parto en posición vertical y la falta de competencia del personal de salud para atender estos requerimientos; debido a ello, hay mujeres que optan por no asistir a los hospitales, incrementándose el riesgo de mortalidad materna y perinatal. La posibilidad del parto vertical con adecuación intercultural es sumamente importante porque implica un reconocimiento explícito por parte del gobierno del Perú de las diferencias culturales, resultando aún más esencial la obligación del Estado de adecuar los servicios en salud a estas particularidades culturales. Cabe señalar que en Perú las políticas públicas han estado tradicionalmente modeladas pensando en un único referente de ciudadano, urbano y culturalmente occidentalizado. La voluntad de implementar el parto vertical con adecuación intercultural ha tenido lugar en un contexto en el cual la gestión de los servicios de salud ha iniciado un proceso de descentralización en todo el territorio, siendo esta gestión transferida a gobiernos regionales y locales. Este avance abre la puerta a 'modelos de salud con especificidades territoriales', es decir, regulados localmente y adecuados a las singularidades sociales y culturales del espacio que ocupan las comunidades indígenas¹²⁵.

Otro aspecto significativo a resaltar es la valiosa tarea que ONU Mujeres realiza coordinando continuamente la acción de las mujeres indígenas de las siete regiones socio-culturales del mundo, elaborando con ello una agenda de acción común en defensa de los propios derechos e intereses; para proceder a este objetivo la Entidad ha conseguido reunir los posicionamientos de las mujeres indígenas en relación con una serie de consensos internacionales alcanzados en años anteriores¹²⁶ De este modo, en relación con Perú, ONU

¹²³ ONU MUJERES *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. Declaración política y documentos resultados de Beijing+5*, Nueva York, Organización de las Naciones Unidas, 2015, p. 285. Disponible en: http://www.unwomen.org/~media/headquarters/attachments/sections/csw/bpa_s_final_web.pdf (Consultado el 25 de abril de 2016)

¹²⁴ HERNÁNDEZ P., ZÁRATE P., DURAND A., *op. cit.*, pp. 18, 19.

¹²⁵ Ídem, p. 23.

¹²⁶ Instrumentos internacionales en materia de Derechos de las Mujeres Indígenas: *Conferencia Mundial sobre los Pueblos Indígenas (CMPI)-Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración de Beijing de Mujeres Indígenas. Objetivos de Desarrollo del Milenio y Agenda para el Desarrollo Post 2015. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer 'Convención de Belém Do Pará'. Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer. Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes (OIT).*

Mujeres trabaja en la promoción de programas de desarrollo enfocados a la población femenina indígena que habita en el territorio, con el fin de incidir en políticas públicas interculturales y de género. La iniciativa incluye el apoyo a la definición de agendas consensuadas entre mujeres indígenas peruanas de organizaciones regionales y nacionales, y busca propiciar espacios de diálogo entre organizaciones e instituciones gubernamentales, con el fin de incidir en políticas públicas interculturales y de género; asimismo, otro objetivo clave es el fortalecimiento de las capacidades organizativas y alianzas con mujeres indígenas amazónicas que pertenecen a otros países colindantes con Perú¹²⁷

El *Plan de Acción de las Mujeres Indígenas del Mundo*, adoptado en la Conferencia Global de Mujeres Indígenas que tuvo lugar en Lima en octubre de 2013¹²⁸, conocido como *Declaración de Lima*, tiene el objetivo de contribuir a la articulación estratégica entre redes y organizaciones de pueblos y mujeres indígenas, fortalecer este movimiento, promover la participación proactiva y consensuada en espacios de toma de decisión y, finalmente, ser un marco guía para encaminar los múltiples esfuerzos encaminados a la erradicación de la violencia, la discriminación y la pobreza que experimentan las mujeres indígenas¹²⁹. ONU Mujeres ha dado voz a las reivindicaciones en materia de salud materna de las mujeres indígenas; las apreciaciones más importantes efectuadas por la Entidad figuran más adelante. A su vez, las mujeres indígenas se han comprometido a incidir en ONU Mujeres para que se las incluya como oradoras en las mesas redondas y paneles de alto nivel y, asimismo, luchar para que pueda ser adoptada por parte de la Entidad una Política Global de Mujeres Indígenas que contenga la creación de un Programa para mujeres indígenas liderado por ONU Mujeres, incluyendo a otras agencias de la Organización de las Naciones Unidas relevantes, diseñado e implementado con la participación de mujeres indígenas¹³⁰.

En relación a las apreciaciones realizadas por ONU Mujeres se alude, en primer lugar, a la salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas; hubo consenso y alarma por la persistente discriminación, exclusión y criminalización de las facilitadoras de prácticas de salud tradicionales, lo que constituye para este colectivo una violación a los derechos a salud sexual reproductiva y representa actos de violencia contra las mujeres indígenas. En segundo lugar, se determinó la importancia de garantizar modelos de salud intercultural que respeten e implementen los sistemas y conocimientos tradicionales de salud de los pueblos indígenas, si bien de modo contrario se violan los derechos de las mujeres indígenas; para fortalecer e impulsar los modelos de salud intercultural, se propuso conformar redes de salud con enfoque intercultural que se constituyan en comunidades de aprendizaje, de modo que esta acción

¹²⁷ ONU Mujeres Apoya a las Mujeres Indígenas. Disponible en:

http://www.unwomen.org/~media/headquarters/attachments/sections/news/stories/onumujeresapoyalasmujeresind%C3%ADgenas_201108_es.pdf (Consultado el 26 de abril de 2016)

¹²⁸ ONU Mujeres, *Plan de Acción de las Mujeres Indígenas del Mundo adoptado en la Conferencia Global de Mujeres Indígenas. Avances y desafíos frente al futuro que queremos*, Lima, Octubre 2013, p. 2. Disponible en: http://www.unwomen.org/~media/field%20office%20americas/documentos/publicaciones/un_derechos_mujeres_indigenas.pdf?v=1&d=20150130T102142 (Consultado el 26 de abril de 2016)

¹²⁹ ONU Mujeres, *Instrumentos internacionales a favor de los derechos de las mujeres y pueblos indígenas*. Nueva York. Disponible en:

http://www.unwomen.org/~media/field%20office%20americas/documentos/publicaciones/un_derechos_mujeres_indigenas.pdf?v=1&d=20150130T102142 (Consultado el 26 de abril de 2016)

¹³⁰ Ídem, p. 10.

servirá como plataforma de conceptos médicos tradicionales y contribuirá además a proteger los saberes y medicinas tradicionales¹³¹. Por último, se observó poca participación de las mujeres indígenas en procesos de consulta o en toma de decisiones, sin apenas participar en el diseño de políticas públicas en relación al acceso de servicios básicos y a temas que les conciernen, y sin que sus perspectivas, derechos y propuestas sean tenidos en cuenta e incorporados en todas las acciones que las afecten; este hecho puede originar que en las comunidades indígenas no lleguen los programas o, si llegan, generalmente no sea de forma adecuada culturalmente, es decir, implementando programas de salud intercultural sin el consentimiento previo libre e informado de las mujeres indígenas¹³².

¹³¹ Ídem, p. 5.

¹³² ONU Mujeres, *Instrumentos internacionales a favor de los derechos de las mujeres y pueblos indígenas*. Nueva York, p. 6, 10.

CONCLUSIONES

El contenido del presente trabajo examina qué líneas de acción y políticas son implementadas en relación con la promoción y la protección de la salud materna en Perú, por parte de la Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud y ONU Mujeres. El estudio de las acciones emprendidas por estas dos entidades ha permitido conocer el estado del acceso de la mujer peruana a los sistemas de salud existentes en el país, y comprobar en qué medida tales actuaciones contribuyen a garantizar una salud materna óptima y de calidad. De igual modo, como resultado del análisis llevado a cabo en las anteriores páginas y como propósito inicial del estudio, la información proporcionada queda distribuida en tres modos distintos de acceder al sistema de salud materna en todo el territorio según se trate de la mujer que habita en zonas urbanas del Perú, la mujer que se asienta en zonas rurales y, por último, el sector de población femenina perteneciente a las comunidades indígenas que habitan en el país. A partir de ello y tal y como veremos a continuación, se confirma que en Perú existen dinámicas de acción diferenciadas respecto del modo cómo la mujer accede a infraestructuras de salud que han de asegurarle gozar de unos niveles óptimos de salud materna, en relación con su lugar de residencia. Igualmente, las conclusiones que se deducen a partir de la investigación ofrecen respuestas afirmativas al hecho que la Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud y ONU Mujeres, en su actuación, toman en cuenta adecuadamente los distintos perfiles de las mujeres en Perú.

Por otra parte, el análisis inicialmente efectuado en el trabajo, concretamente en el capítulo primero, de las características que presenta el estado de la salud materna en Perú, así como las intervenciones en este ámbito desempeñadas por el Gobierno, permite una aproximación a las realidades y problemáticas que atañen a sus mujeres en función del tipo de entorno en el cual habitan.

Con todo ello, puede constatar a continuación en qué ámbitos de la salud materna se ha producido un notable avance y, por el contrario, en qué aspectos todavía han de ser destinados mayores recursos y más esfuerzos.

En primer lugar y como punto de partida, se concluye cuál es la realidad del estado de la salud materna en Perú, en segundo lugar se verifica que la actuación de la Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud trabaja las distintas realidades de la salud materna según el perfil urbano, rural e indígena de la mujer y, en tercer y último lugar, se demuestra cómo ONU-Mujeres intercede en las zonas con mayores carencias en términos de salud materna, es decir, las áreas rurales y las comunidades indígenas, para contribuir con sus acciones a la mejoría de la salud materna y a un mayor empoderamiento de la mujer dentro de la comunidad.

Destacamos a continuación las conclusiones obtenidas con la realización del trabajo.

PRIMERA. Se constata que en Perú la población femenina en edad fértil es una población relativamente joven, ubicada mayoritariamente en las áreas urbanas del país, siendo menor su presencia en entornos rurales y en territorios de selva del interior. La mujer que reside en espacios urbanos posee mayores índices de educación y puede acceder de modo satisfactorio a los establecimientos de salud que han de garantizarle una salud materna óptima. Al contrario, la población femenina residente en las áreas rurales y las mujeres pertenecientes a

comunidades indígenas no gozan de las mismas posibilidades de acceso a las infraestructuras de atención médica y la tasa de estudios adquiridos es sensiblemente inferior al perfil de mujer urbana, agregando a ello las singularidades culturales de la mujer indígena e influyendo este último aspecto de conocimientos alcanzados en su comportamiento reproductivo y en sus actitudes y prácticas diversas relacionadas con la salud materna. Consecuentemente estos dos factores, el nivel de estudios adquiridos por la mujer y el grado de dificultad en el acceso a establecimientos y a profesionales de la salud materna en función del área de residencia, determinan la cantidad y la calidad de la atención médica recibida antes, durante y después del parto. De este modo, más mujeres peruanas son atendidas por médico en las áreas urbanas del país, donde los porcentajes de parto institucional son remarcablemente mayores, más madres reciben control postnatal temprano y tienen acceso a medios más avanzados y profesionales calificados, estando la interacción con los servicios de mayor o menor calidad regida por los niveles de riqueza y de educación de la mujer urbana. En cambio, la atención por obstetra y enfermera es notablemente mayor en las áreas rurales, zonas en las cuales se ubica asimismo un porcentaje destacable de mujeres que no reciben ningún tipo de atención durante el embarazo, donde la asistencia del parto por comadrona o partera es más empleada, áreas en las cuales existe un porcentaje remarcable de partos atendidos por individuos que no son profesionales de la salud y donde se diagnostican cada año importantes casos de mujeres que no reciben ningún tipo de control postnatal.

Es a partir de esta realidad que se infieren toda una serie de dificultades en el acceso a servicios de salud materna, las cuales acusa en mayor medida la franja de población femenina rural y la perteneciente a las comunidades indígenas del país; los obstáculos a sortear en el acceso a los servicios de salud materna y a establecimientos especializados cuando las mujeres se encuentran enfermas son menores en las áreas urbanas de Perú, y lo mismo se concluye respecto de la existencia de dificultades económicas para recibir tratamientos específicos. Las infraestructuras en salud y el personal médico calificado que puede atender con garantías a la mujer gestante o que ha dado a luz no se encuentran al mismo nivel de alcance, y las tasas de mortalidad materna son muy reducidas en entornos urbanos en comparación con el resto de áreas del territorio.

Todas estas confirmaciones se relacionan directamente con uno de los puntos de partida del trabajo, la suposición de si la mujer que habita en entornos urbanos del Perú recibe un trato diferencial y ventajoso respecto de la mujer que reside en las áreas rurales del país y, asimismo, respecto de la mujer que además del diferencial geográfico se encuentra integrada en un sistema cultural completamente antagónico como es la población femenina indígena que habita en distintos puntos del territorio.

Equiparar esta atención desigual en materia de salud materna es un logro que poco a poco se va materializando en el país. La descentralización progresiva de los servicios básicos de salud por parte del Gobierno del Perú comporta el acceso de la mujer a su derecho inherente de salud materna integral, sorteando las dificultades que conllevan las áreas remotas y aisladas del país, donde las tasas de pobreza y analfabetismo de sus mujeres son mayores. Esta cobertura de atención se ha incrementado pero aún es necesario mejorar la capacidad de respuesta oportuna y de mayor calidad a estos servicios de salud. Entre otros aspectos, se ha podido comprobar a lo largo de las anteriores páginas que resulta imprescindible dotar a todos los establecimientos de salud del país de una capacidad resolutoria adecuada y de profesionales

diversos relacionados con la salud materna en cantidad suficiente, con competencias y comprometidos con el diferencial cultural aludido anteriormente, es decir, implementando políticas públicas con enfoque de interculturalidad y adecuación de la medicina oficial a la visión ancestral de la salud materna que resulta innata a las comunidades indígenas del Perú.

SEGUNDA. Se concluyen cuáles son las actuaciones por parte de la Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud en el campo de la salud materna en Perú, intervenciones enmarcadas en la realidad anteriormente descrita, sobre la cual se dispone dar lugar a cambios positivos y a un mejoramiento de la salud integral de la mujer. Se constata que la Organización lleva a cabo una tarea excepcional de colaboración con las autoridades del Perú, en claro alineamiento con las prioridades sanitarias nacionales, contando con su acompañamiento, compromiso y acceso a los sistemas de información, e implementando las políticas idóneas, en base a programas y proyectos técnicos, acorde con sus propios objetivos y su razón de ser. Por otro lado, dada la dilatada trayectoria en el sistema global de organizaciones internacionales, se comprueba cómo incide de modo remarcable en el sistema de salud de Perú, orientando, colaborando y aportando los recursos necesarios en materia de salud materna, con tal de reducir brechas en el acceso a los servicios especializados según la zona de residencia de las mujeres, y consolidar los avances que se van obteniendo.

Tal y como se ha podido observar, la Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud tiene en cuenta las realidades particulares vividas por la mujer que habita en un contexto urbano, la que reside en un entorno rural, y la mujer que se asienta en una comunidad indígena, estableciendo con ello objetivos específicos y dinámicas diferentes de acción en pro de la protección y el fomento de la salud materna. Se concluye, respecto de los entornos urbanos, que los propósitos de la Organización se encaminan mayoritariamente a disminuir las inequidades todavía existentes en cuanto al acceso de la mujer urbana a servicios de salud materna, de orientación y de planificación familiar. Pero es en relación a las zonas rurales del país y la franja de población femenina indígena que manifiestamente se confirma la permanencia de grandes brechas en materia de salud materna en comparación con la realidad de las áreas urbanas, lo cual induce a una adaptación de sus políticas de acción. Se infiere, a partir del estudio efectuado en las anteriores páginas, que grupos importantes de población rural e indígena no mejoran su acceso a necesidades básicas en salud materna, persistiendo realidades de exclusión y privación fuera de las áreas urbanas y, asimismo, quedan confirmadas amplias desigualdades entre la educación recibida por la mujer en medios urbanos y la que habita en medios rurales y poblados indígenas, lo cual influye en la persistencia de altas tasas de mortalidad materna e infantil. Más concretamente en el caso de la mujer indígena la Organización trabaja para incrementar la capacidad de gestión de la propia comunidad indígena respecto de la salud materna, y enfatiza la disposición de conocer el uso de sus costumbres, lenguas propias y visiones singulares en torno a la salud reproductiva.

De igual modo, la Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud diagnostica un déficit importante de recursos humanos y financieros en este ámbito, y aduce a la necesidad de fortalecer los sistemas de información en colaboración con las autoridades gubernamentales para cubrir el máximo de territorio del país, junto a un mayor desarrollo e implementación de las nuevas tecnologías.

No obstante, por otro lado se deducen aspectos positivos de avance, destacando las casas de espera maternas como iniciativa que incrementa la cobertura del parto institucional en los diferentes puntos del estado y facilita el acceso a una salud materna óptima de las gestantes que habitan en zonas aisladas y culturalmente opuestas, la adecuación intercultural del parto como adecuación del personal médico al perfil de mujer gestante rural e indígena, o bien la descentralización de los servicios de acceso a la salud, implicando con ello un mayor poder de decisión y el refuerzo de la capacidad de gestión por parte de las autoridades locales.

En la actualidad, las distintas acciones y proyectos desarrollados por parte de la Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud en el terreno de la salud materna en Perú resultan irremplazables. La organización actúa como elemento estratégico aglutinador de autoridades, actores de diversa procedencia y grupos de alta vulnerabilidad pertenecientes a la sociedad civil del país, con los cuales establece vínculos estrechos de colaboración con el fin último de garantizar una salud materna de calidad a los diferentes perfiles de mujer analizados a lo largo del trabajo. Sus contribuciones suman esfuerzos en la reducción de las desigualdades observadas y prestan apoyo técnico y nuevos recursos para afianzar capacidades gubernamentales duraderas en el campo de la salud materna, encaminándose al mismo tiempo hacia una mejora progresiva del acceso a establecimientos de salud especializados, sobre todo en referencia a las franjas de población femenina más frágiles y con menos recursos.

TERCERA. A partir del análisis de las acciones obradas por parte de ONU-Mujeres sobre el terreno se infiere el desempeño de una labor igualmente insustituible para lograr dotar de más voz a aquel sector de población femenina que se halla claramente en desventaja en relación al acceso a servicios básicos de salud materna, y asimismo para conceder a las mujeres una mayor visibilidad, erigiéndolas como protagonistas imprescindibles del diseño y aplicación de todo tipo de políticas que las incumban en salud materna. ONU-Mujeres confirma como las normas, tanto explícitas como tácitas, que rigen la sociedad en Perú, las decisiones políticas y el nivel de progreso económico alcanzado por el país inciden directamente en la salud reproductiva de sus mujeres y encierran en sí, de un modo implícito, ciertas pautas de discriminación por razón de género que son comúnmente aceptadas. De igual manera se deduce que, en su actuación, tiene en cuenta la existencia de distintos modos de gozar del derecho a una salud materna plena, física y emocional, en función del lugar que ocupa la mujer en el territorio, lo cual induce a establecer objetivos diferentes según la realidad concreta a abordar.

Se percatan los grandes obstáculos a los cuales se enfrentan las mujeres peruanas en razón de salud materna. En relación a estas dificultades ONU-Mujeres señala una tasa de mortalidad especialmente elevada en las zonas rurales del país, que afecta asimismo a las comunidades indígenas, asociada al aislamiento geográfico y a la precariedad existente en instituciones de salud sobre el terreno; además se añade el factor cultural, el cual implica resistencia por parte de la mujer a la hora de ser atendida bajo patrones socioculturales diferentes y suspicacias hacia los profesionales de la salud. Respecto de estos impedimentos, la introducción de la práctica del parto vertical con adecuación vertical conlleva una disminución de la tasa de mortalidad materna, e implica un reconocimiento por parte de las autoridades del país de las diferencias culturales y el respeto que merece la idiosincrasia de las comunidades indígenas. Cabría añadir, por otro lado, la importancia que ONU-Mujeres concede al proceso de

descentralización política llevado a cabo en todo el territorio por parte del gobierno, si bien permite un trabajo mucho más eficaz y fructífero con el perfil de mujer rural e indígena, sin la necesidad de aplicar las políticas tradicionales que giran en torno a un modelo de mujer urbana y culturalmente occidentalizada.

Por último, se concluye a partir de la información analizada el enorme interés de ONU-Mujeres en dotar, cada vez con más fuerza, de voz propia a las mujeres indígenas en materia de salud materna, haciéndolas directamente partícipes del diseño, la aplicación y la evaluación de políticas interculturales que respeten sus conocimientos ancestrales en salud y que contribuyan a la transmisión de conocimientos. Mediante estas acciones se anhela ampliar la incidencia política de la mujer indígena, otorgándole con ello una mayor visibilidad dentro de la comunidad internacional y capacidad de influir de forma directa ante las autoridades locales y nacionales, fortalecer la figura femenina en la colectividad de pertenencia y garantizar unos mayores estándares de salud materna a las futuras generaciones de población indígena.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Referencias bibliográficas

ARAOZ M., URRUNAGA R. *Finanzas municipales: ineficiencias y excesiva dependencia del gobierno central*, Lima, Centro de Investigación, Universidad del Pacífico, 1996.

Disponible en: <http://repositorio.up.edu.pe>

CORDERO MUÑOZ, L., LUNA FLÓREZ, A., VATTUONE RAMÍREZ M.A. *Salud de la mujer indígena: intervenciones para reducir la muerte materna*, Washington DC, Banco Interamericano de Desarrollo, 2010.

Disponible en: <http://www.unfpa.org/ni/wp-content/uploads/2015/04/getdocument.pdf>

FLORES GUERRERO, R. *Salud, Enfermedad y Muerte: Lecturas desde la Antropología Sociocultural*, Chile, Revista Mad Universidad de Chile, 2004.

Disponible en: <http://www2.facso.uchile.cl/publicaciones/mad/10/paper03.pdf>

HERNÁNDEZ P., ZÁRATE P., DURAND A., *Políticas y Experiencias relevantes para el Empoderamiento de las Mujeres Rurales en Perú. Un análisis desde el enfoque territorial*, Lima, Instituto de Estudios Peruanos - ONU Mujeres, 2013.

Disponible en:

http://www.bioculturaldiversityandterritory.org/documenti/57_300000176_perumarzo14de2013.pdf

MATOS MAR, J. *Las Migraciones Campesinas y el Proceso de Urbanización en el Perú*. Lima: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 1990.

Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org>.

Informes

CENTRO DE ESTUDIOS E INFORMACIÓN DE LA MUJER MULTIÉTNICA, CEIMM, *Género desde la perspectiva de las mujeres indígenas. Primera Cumbre de Mujeres Indígenas de las Américas*, Uraccan, Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense, 1995.

Disponible en: <http://studylib.es/doc/420881/universidad-de-las-regiones-aut>

YON, C. *Maternidad voluntaria y saludable desde la perspectiva de las mujeres quechuas y aimaras*. Proyecto Reposalud - Movimiento Manuela Ramos, 2006.

Disponible en: <http://www.unfpa.org/ni/wp-content/uploads/2015/04/getdocument.pdf>

Documentos oficiales consultados

Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población Urbana y Rural por sexo y edades quinquenales, según departamento, 2000-2015. Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI. Gobierno de Perú. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0844/index.htm>

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2014. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Gobierno de Perú. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf

Estrategia de Cooperación Técnica OPS/OMS-Perú, 2010-2014. Organización Panamericana de la Salud. Lima, Noviembre 2009. Disponible en: http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_per_es.pdf

Estrategia de Cooperación Técnica OPS/OMS-Perú, 2014-2019. Organización Panamericana de la Salud. Lima, Febrero de 2014. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task

OPS/OMS. *Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas*, Washington DC, Área de Salud Familiar y Comunitaria, Biblioteca Sede OPS. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, 2008. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/54-VisionSaludInterculturalPI.pdf>

MINISTERIO DE SALUD, *Salvarse con bien. El parto de la vida en los Andes y Amazonía del Perú*, Lima, Proyecto 2000, Gobierno del Perú, 1999. Disponible en: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pnacg507.pdf

Informe del Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal: Perú. Consejo de Derechos Humanos, Asamblea General de las Naciones Unidas. Diciembre de 2012. Disponible en: <http://acnudh.org/biblioteca-virtual/examen-periodico-universal>

Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. Nueva York, Septiembre de 2007. Disponible en: http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_es.pdf

Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. Declaración política y documentos resultados de Beijing+5, ONU Mujeres, Nueva York, Organización de las Naciones Unidas, 2015. Disponible en: http://www.unwomen.org/~media/headquarters/attachments/sections/csw/bpa_s_final_web.pdf

Instrumentos internacionales a favor de los derechos de las mujeres y pueblos indígenas. ONU Mujeres, Nueva York. Disponible en: http://www.unwomen.org/~media/field%20office%20americas/documentos/publicaciones/un_derechos_mujeres_indigenas.pdf

Páginas web consultadas

Gobierno de Perú Ministerio de Salud Pública <http://www.minsa.gob.pe>

Gobierno de Perú Instituto Nacional de Estadística e Informática <http://proyectos.inei.gob.pe/endes>

Economía - El Quinto Poder <http://www.elquintopoder.cl/economia>

Organización Panamericana de la Salud <http://www.paho.org/PER>

Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos <http://acnudh.org/biblioteca-virtual/examen-periodico-universal>

Organización Mundial de la Salud <http://www.who.int/features/2013/peru>

Gobierno de Perú Ministerio de Salud Servicio Integral de Salud
http://www.sis.gob.pe/Portal/quienes_somos

Gobierno de Perú Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
<http://incluirparacrecer.midis.gob.pe/somos.php>

Organización Mundial de la Salud
http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_per_es.pdf

Gobierno de Perú Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables
http://www.mimp.gob.pe/files/planes/planig_2012_2017

Organización de las Naciones Unidas <http://www.un.org/es/millenniumgoals>

Sistema de las Naciones Unidas en el Perú <http://www.onu.org.pe>

DePeru.com Portal de Internet <http://www.deperu.com/abc/estado-peru>

Care Challenge <http://www.care-challenge.com/fr>

Organización de las Naciones Unidas <https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples>

Organización de las Naciones Unidas <http://www.un.org/es/globalissues/indigenous>

ONU Mujeres <http://www.unwomen.org>

ONU Mujeres <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing>

United Nations Development Group <https://undg.org/home/country-teams/unct-home>

Organization of American States *<http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/belemdopara.asp>*

ONU Mujeres *<http://www.unwomen.org/es/where-we-are/americas-and-the-caribbean>*

Programas de las Naciones Unidas para el Desarrollo *<http://www.undp.org>*

ANEXOS

ANEXO 1 POBLACIÓN TOTAL AL 30 DE JUNIO, POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD, SEGÚN DEPARTAMENTO, 2015.

Departamento	Total	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69
Total	31 151 643	2 861 874	2 922 744	2 914 162	2 887 529	2 828 387	2 661 346	2 411 781	2 258 372	1 977 630	1 725 353	1 486 312	1 205 103	967 702	736 059
Amazonas	422 629	44 338	45 917	43 106	35 550	28 963	40 879	34 342	31 077	28 146	23 433	18 902	14 904	11 605	8 533
Ancash	1 148 634	110 067	112 936	111 732	106 128	99 142	98 934	84 379	76 737	72 381	62 445	52 549	43 393	35 484	28 684
Apurímac	458 830	50 317	51 697	48 486	39 659	33 786	45 801	35 456	30 281	27 878	21 834	17 728	15 501	12 801	10 384
Arequipa	1 287 205	103 739	104 607	106 861	115 527	115 396	109 230	102 482	98 059	85 635	77 958	69 001	55 343	44 478	34 173
Ayacucho	688 657	77 073	78 114	74 696	71 144	67 677	59 812	47 696	42 039	38 887	30 950	25 423	20 972	17 088	13 797
Cajamarca	1 529 755	153 127	160 884	160 114	144 339	127 665	136 839	118 952	109 168	97 180	78 110	64 340	52 356	41 633	32 235
Prov. Const. del Callao	1 010 315	77 921	80 134	80 572	83 716	85 964	84 080	84 362	83 828	71 481	64 433	56 892	45 754	36 303	26 805
Cusco	1 316 729	124 303	129 355	127 393	120 101	111 861	121 976	100 475	89 510	81 299	71 275	61 329	51 473	41 782	32 001
Huancavelica	494 963	66 235	64 078	59 254	53 105	48 649	41 871	30 508	24 601	24 467	19 618	15 731	13 742	11 266	8 806
Huánuco	860 537	93 342	95 193	91 127	79 056	65 997	77 422	65 768	60 058	53 509	43 364	35 868	29 014	23 184	17 730
Ica	787 170	67 345	70 237	72 029	72 480	73 533	63 950	59 689	56 277	50 832	45 411	39 895	32 797	26 133	20 183
Junín	1 350 783	142 303	140 612	140 300	136 870	130 098	109 862	93 829	85 968	79 017	67 071	56 877	47 774	38 728	29 323
La Libertad	1 859 640	170 399	175 678	174 709	176 029	180 745	159 061	143 250	130 116	112 542	98 813	86 090	69 809	56 414	43 658
Lambayeque	1 260 650	108 469	114 468	119 033	120 809	113 369	103 959	91 995	86 935	79 311	72 292	63 797	52 898	42 227	31 748
Lima	9 838 251	797 847	794 553	804 315	875 954	946 258	824 575	796 506	761 837	637 627	583 289	522 076	417 039	337 679	258 399
Loreto	1 039 372	112 843	120 542	118 357	103 230	85 399	88 819	78 416	71 852	63 718	51 998	41 127	33 696	26 285	18 502
Madre de Dios	137 316	13 016	13 395	13 117	12 112	11 071	12 612	12 643	11 985	10 199	8 573	6 638	4 628	3 142	1 891
Moquegua	180 477	13 449	13 867	14 020	13 931	14 647	14 521	15 037	15 336	14 243	12 691	10 298	8 215	6 644	5 179
Pasco	304 158	31 314	32 105	32 655	30 601	30 147	25 701	22 598	20 865	18 907	15 524	12 511	9 574	7 372	5 438
Piura	1 844 129	184 205	187 600	186 454	178 807	169 386	153 083	133 387	124 907	113 656	96 170	81 937	69 912	55 737	39 903
Puno	1 415 608	145 058	149 375	148 729	144 983	133 952	123 542	103 541	92 185	79 870	63 522	53 720	45 567	38 446	32 027
San Martín	840 790	81 343	85 792	83 664	76 689	67 897	73 532	66 927	64 849	59 245	50 819	40 468	30 076	22 369	15 189
Tacna	341 838	28 258	29 427	29 354	29 888	30 016	29 796	29 314	28 525	24 171	21 609	18 032	13 726	10 498	7 583
Tumbes	237 685	20 194	20 735	20 279	20 222	20 115	22 945	22 171	21 609	17 376	14 116	11 408	8 865	6 623	4 399
Ucayali	495 522	45 369	51 443	53 806	46 599	36 654	38 544	38 058	39 768	36 053	30 035	23 675	18 075	13 781	9 489

70-74	75-79	80 y más
545 659	394 230	367 400
6 002	4 046	2 886
22 094	16 703	14 846
7 723	5 324	4 174
25 895	19 290	19 531
10 361	7 246	5 682
23 437	16 214	13 162
19 839	14 363	13 868
23 224	15 909	13 463
6 361	4 041	2 630
12 966	9 222	7 717
15 010	11 101	10 268
21 851	16 018	14 282
33 069	25 043	24 215
23 800	17 768	17 772
194 388	143 093	142 816
12 028	7 184	5 376
1 136	677	481
3 773	2 528	2 098
3 887	2 786	2 173
28 929	20 914	19 142
24 965	18 389	17 737
10 195	6 726	5 010
5 259	3 403	2 979
2 964	1 993	1 671
6 503	4 249	3 421

ANEXO 2 POBLACIÓN FEMENINA AL 30 DE JUNIO, POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD, SEGÚN DEPARTAMENTO, 2015

Departamento	Total	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69
Total	15 545 829	1 401 223	1 433 085	1 431 027	1 421 872	1 396 242	1 318 192	1 197 686	1 123 508	987 389	865 218	750 165	614 146	498 435	384 422
Amazonas	200 093	21 726	22 587	21 061	16 827	13 642	19 719	15 950	13 875	12 889	10 664	8 466	6 723	5 334	4 055
Ancash	565 656	53 881	55 432	54 756	51 455	47 818	47 992	40 453	36 840	35 610	31 036	26 374	22 073	18 261	14 811
Apurímac	224 606	24 656	25 344	23 621	19 013	16 436	22 842	16 450	13 348	13 020	10 943	9 096	7 856	6 652	5 578
Arequipa	648 725	50 761	51 284	52 543	57 314	57 520	54 594	52 327	50 613	43 830	39 326	34 806	28 040	22 715	17 685
Ayacucho	336 910	37 788	38 382	36 653	34 491	32 652	28 591	21 804	18 940	18 319	15 231	12 921	10 939	9 175	7 478
Cajamarca	759 321	74 999	78 906	78 426	69 803	62 140	67 260	58 213	53 246	48 549	39 501	32 992	26 696	21 524	17 247
Prov. Const. del Callao	507 392	38 105	39 248	39 669	42 067	43 348	42 570	41 753	40 749	35 317	32 033	28 459	23 881	19 271	14 258
Cusco	649 227	60 980	63 642	62 614	58 496	54 834	59 922	48 622	42 910	39 541	35 216	30 493	25 538	20 964	16 487
Huancavelica	246 622	32 502	31 598	29 209	25 956	23 860	20 371	14 851	12 121	12 160	10 144	8 324	7 071	5 987	4 896
Huánuco	423 314	45 740	46 661	44 669	38 276	32 015	37 719	32 011	29 032	26 130	21 596	18 020	14 461	11 659	9 079
Ica	391 772	32 938	34 409	35 370	35 761	35 998	31 012	29 232	28 350	25 735	23 115	20 329	16 731	13 290	10 297
Junín	668 654	69 698	68 950	68 703	66 846	63 788	54 397	45 811	41 501	38 870	33 690	28 731	24 314	19 738	15 082
La Libertad	932 380	83 411	86 048	85 798	86 816	89 314	78 581	71 508	65 766	56 835	50 201	44 214	36 120	29 349	23 092
Lambayeque	648 346	53 116	56 243	58 629	60 129	56 958	52 693	48 299	47 020	42 876	39 026	34 139	28 137	22 347	16 666
Lima	5 046 374	390 126	387 807	394 837	439 822	478 419	421 385	414 022	398 664	331 867	302 145	271 794	221 632	181 390	139 630
Loreto	496 726	55 383	59 359	58 187	50 807	42 231	43 792	36 565	32 305	28 830	23 383	18 702	15 030	11 562	8 242
Madre de Dios	58 453	6 354	6 526	6 393	5 867	5 118	5 448	5 164	4 668	3 801	2 926	2 205	1 526	1 019	613
Moquegua	84 201	6 578	6 789	6 915	6 863	7 178	7 181	6 657	6 491	6 341	5 680	4 601	3 748	2 970	2 245
Pasco	142 786	15 338	15 748	15 987	14 774	14 263	11 808	9 881	8 894	8 318	7 034	5 731	4 366	3 446	2 615
Piura	918 364	90 210	92 089	91 573	87 153	82 952	75 321	66 466	62 928	57 707	48 857	41 462	35 121	28 210	20 527
Puno	705 903	71 131	73 336	73 066	71 217	65 922	60 523	50 713	45 127	39 301	32 188	27 634	23 473	20 101	17 211
San Martín	383 603	39 828	41 968	40 586	36 324	31 677	34 083	30 041	27 809	24 806	20 841	16 513	12 262	9 299	6 685
Tacna	164 897	13 827	14 396	14 341	14 569	14 660	14 652	13 927	13 410	11 617	10 286	8 374	6 449	4 916	3 544
Tumbes	108 852	9 884	10 157	9 979	9 551	9 303	10 491	9 520	8 818	7 591	6 258	5 044	4 000	3 048	2 009
Ucayali	232 652	22 263	26 176	27 442	21 675	14 196	15 245	17 446	20 083	17 529	13 898	10 741	7 959	6 208	4 390

70-74	75-79	80 y más
291 239	217 259	214 721
2 950	2 077	1 548
11 531	8 943	8 390
4 266	2 997	2 488
13 661	10 475	11 231
5 763	4 241	3 542
12 921	9 138	7 760
10 688	7 932	8 044
12 352	8 803	7 813
3 625	2 366	1 581
6 779	5 005	4 462
7 732	5 855	5 618
11 507	8 739	8 289
17 705	13 641	13 981
12 545	9 568	9 955
106 727	80 651	85 456
5 648	3 669	3 031
383	248	194
1 664	1 187	1 113
1 935	1 458	1 190
15 260	11 465	11 063
13 745	10 473	10 742
4 723	3 368	2 790
2 564	1 732	1 633
1 379	977	843
3 186	2 251	1 964

ANEXO 3 Mapa de Perú: territorios de costa, sierra y selva

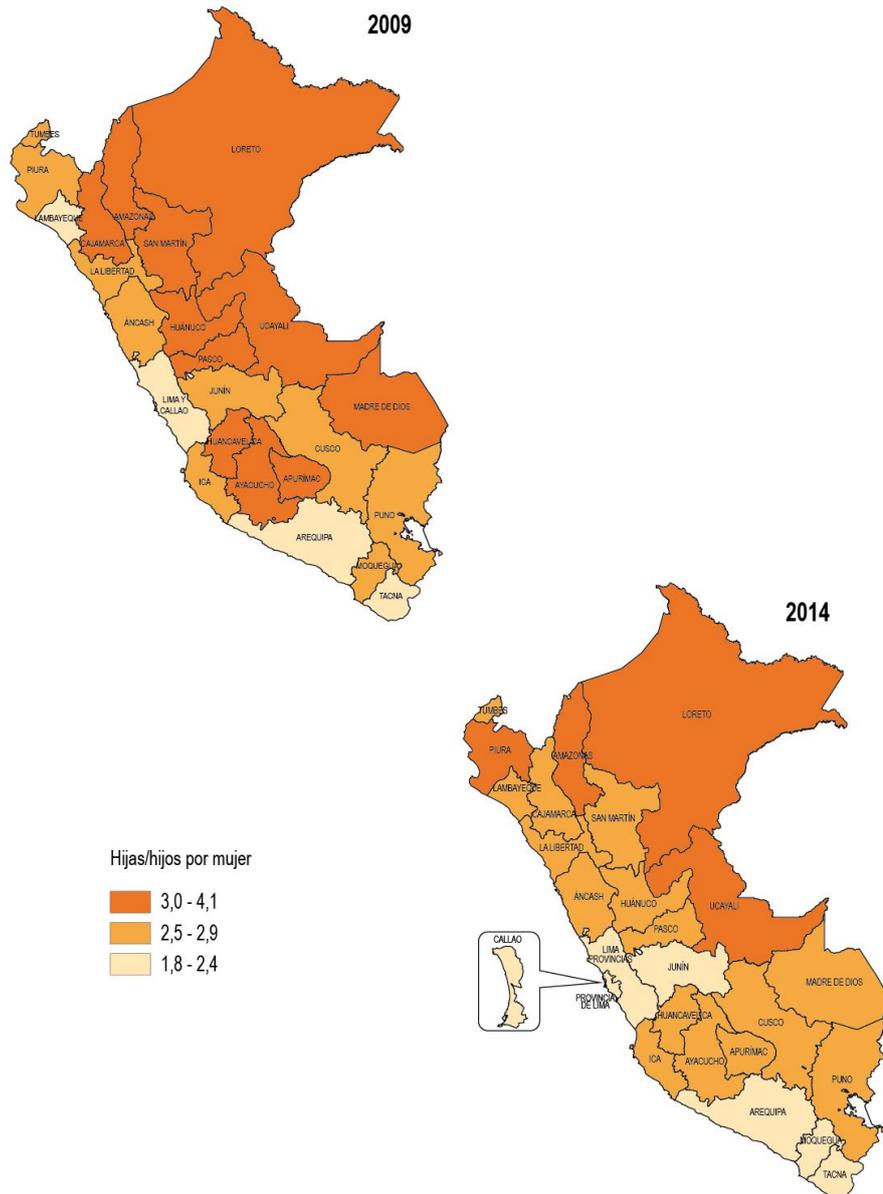


ANEXO 4 Mapa de departamentos de Perú



ANEXO 5 Perú: Tasa Global de Fecundidad, según Departamento

PERÚ: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD, SEGÚN DEPARTAMENTO



ANNEXO 6. PERÚ: MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD QUE TUVIERON NACIMIENTOS EN LOS CINCO AÑOS QUE PRECEDIERON LA ENCUESTA, POR PERSONA QUE PROPORCIONÓ EL CUIDADO PRENATAL PARA EL ÚLTIMO NACIMIENTO, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2014.

Característica seleccionada	Total	Persona que proporcionó la atención prenatal					No recibió atención prenatal	Porcentaje que recibió atención prenatal de proveedor de salud calificado 1/	Número de mujeres
		Médico	Obstetrix	Enfermera	Técnico en enfermería/ Promotor de salud	Comadrona/ Partera			
Edad de la madre al									
Menos de 20 años	100,0	25,1	65,4	6,2	1,5	0,0	1,8	96,7	1 109
20-34	100,0	36,2	56,4	4,4	1,5	0,0	1,5	97,0	5 120
35-49	100,0	42,6	48,8	5,1	1,8	0,1	1,6	96,5	1 474
Orden de nacimiento									
Primer nacimiento	100,0	40,1	55,2	3,2	0,7	0,0	0,8	98,5	2 673
2-3	100,0	37,8	55,9	4,0	1,2	0,0	1,1	97,7	3 592
4-5	100,0	24,8	62,0	7,4	2,7	0,0	3,0	94,2	1 020
6 y más	100,0	18,6	51,7	15,1	7,5	0,2	6,9	85,4	418
Nivel de educación									
Sin educación	100,0	14,5	51,8	25,8	3,1	0,0	4,9	92,0	149
Primaria	100,0	19,1	59,3	13,0	4,4	0,1	4,1	91,4	1 726
Secundaria	100,0	31,4	64,0	2,5	1,0	0,0	1,1	97,9	3 710
Superior	100,0	58,7	40,5	0,7	0,1	0,0	0,0	99,8	2 118
Quintil de riqueza									
Quintil inferior	100,0	14,9	59,2	15,4	5,9	0,1	4,5	89,5	1 671
Segundo quintil	100,0	24,5	69,0	4,4	1,0	0,0	1,2	97,8	1 829
Quintil intermedio	100,0	37,0	61,1	1,1	0,2	0,0	0,6	99,2	1 721
Cuarto quintil	100,0	49,1	49,1	0,8	0,0	0,0	0,9	99,1	1 409
Quintil superior	100,0	68,3	31,6	0,1	0,0	0,0	0,0	100,0	1 073
Total 2014	100,0	35,8	56,3	4,8	1,6	0,0	1,5	96,9	7 703
Total 2009 a/	100,0	28,9	58,2	7,2	0,2 b/	0,1	2,8	94,3	7 737

Nota: Si se mencionó más de una fuente de atención prenatal, solo es considerada la más calificada. 1/ Proveedor de salud calificado: incluye médico, obstetrix y enfermera. a/ El total incluye otro (2,6%). b/ Solo incluyó sanitario y promotor de salud. En el año 2014 no se encontraron casos de sanitario.

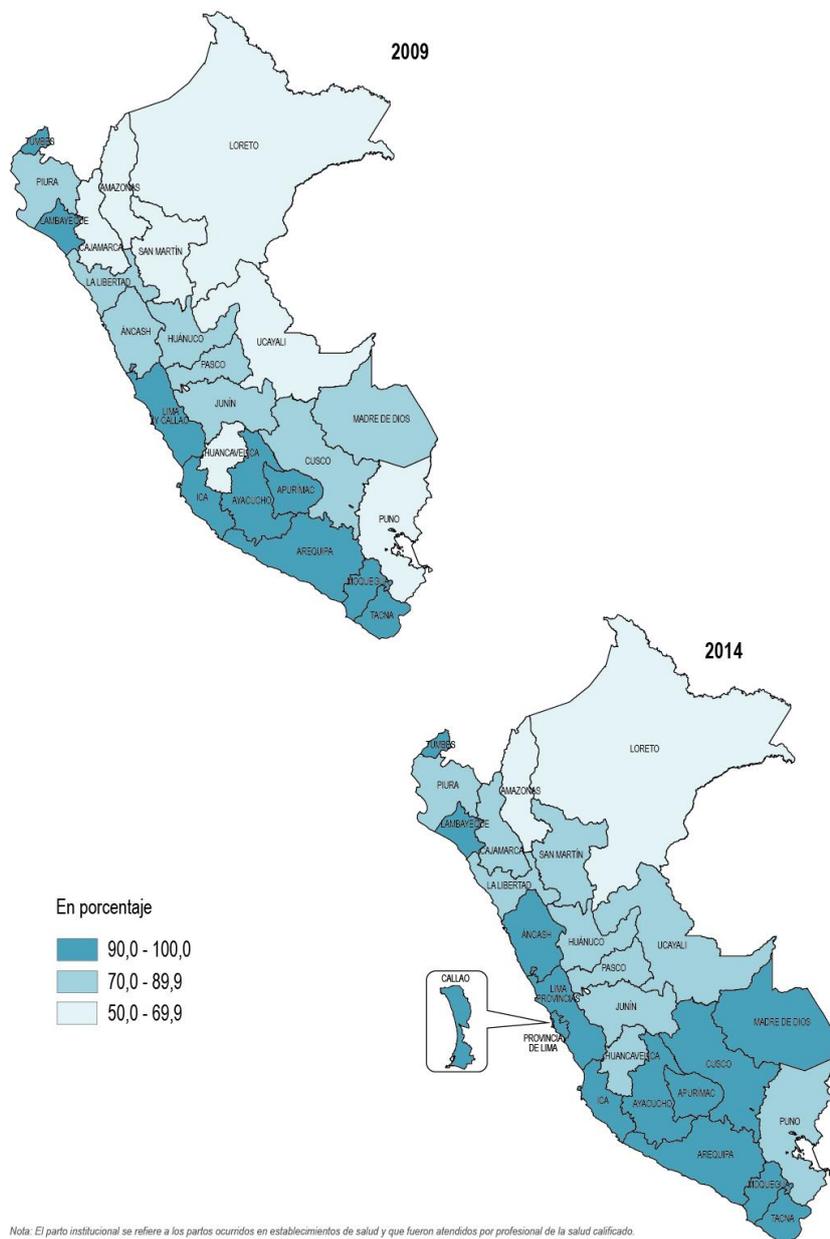
ANEXO 7 PERÚ: MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD QUE TUVIERON NACIMIENTOS EN LOS CINCO AÑOS QUE PRECEDIERON LA ENCUESTA, POR PERSONA QUE PROPORCIONÓ EL CUIDADO PRENATAL, PARA EL ÚLTIMO NACIMIENTO, SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2014

Ámbito geográfico	Total	Persona que proporcionó la atención prenatal						No recibió atención prenatal	Porcentaje que recibió atención prenatal de profesional de salud calificado 1/	Número de mujeres
		Médico	Obstetriz	Enfermera	Técnico en enfermería/ Promotor de salud	Comadrona/ Partera	Otro			
Área de residencia										
Urbana	100,0	42,5	55,0	1,3	0,3	0,0	0,0	0,9	98,9	5 525
Rural	100,0	18,7	59,5	13,7	4,8	0,0	0,0	3,3	91,9	2 178
Región natural										
Lima Metropolitana 2/	100,0	50,0	48,6	0,3	0,2	0,0	0,0	0,9	98,9	2 155
Resto Costa	100,0	39,5	58,0	1,6	0,1	0,0	0,0	0,7	99,1	1 978
Sierra	100,0	27,1	59,0	10,9	1,5	0,0	0,0	1,4	97,0	2 373
Selva	100,0	21,4	61,9	6,0	6,5	0,0	0,0	4,3	89,2	1 197
Departamento										
Amazonas	100,0	24,8	53,7	6,1	10,3	0,0	0,0	5,1	84,6	121
Ancash	100,0	33,7	54,4	9,5	1,2	0,0	0,0	1,2	97,6	317
Apurímac	100,0	22,1	65,6	10,8	0,3	0,0	0,0	1,3	98,4	106
Arequipa	100,0	47,0	50,5	2,0	0,0	0,0	0,0	0,4	99,6	300
Ayacucho	100,0	20,1	68,3	8,1	2,5	0,0	0,0	1,1	96,5	162
Cajamarca	100,0	34,9	42,1	20,0	2,6	0,0	0,0	0,4	96,9	386
Prov. Const. del Callao	100,0	50,3	49,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	99,7	238
Cusco	100,0	29,6	60,6	8,8	0,0	0,0	0,0	1,0	99,0	313
Huancavelica	100,0	25,7	55,0	15,5	2,0	0,0	0,0	1,8	96,2	104
Huánuco	100,0	14,2	75,2	9,4	0,0	0,0	0,0	1,1	98,9	203
Ica	100,0	43,2	56,1	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	222
Junín	100,0	22,8	66,1	10,0	0,3	0,0	0,0	0,8	98,9	307
La Libertad	100,0	40,3	52,5	4,3	0,9	0,0	0,0	1,9	97,2	487
Lambayeque	100,0	31,3	62,5	3,3	0,5	0,0	0,0	2,4	97,1	288
Lima	100,0	48,2	49,9	0,8	0,2	0,0	0,0	1,0	98,9	2 226
Provincia de Lima 3/	100,0	50,0	48,5	0,3	0,2	0,0	0,0	1,0	98,8	1 919
Lima Provincias 4/	100,0	36,7	59,1	3,4	0,0	0,0	0,0	0,7	99,3	307
Loreto	100,0	18,8	55,4	5,5	11,9	0,0	0,0	8,4	79,7	355
Madre de Dios	100,0	34,6	57,4	4,8	0,6	0,0	0,0	2,6	96,8	42
Moquegua	100,0	51,3	48,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	35
Pasco	100,0	23,6	53,7	18,2	3,6	0,0	0,0	0,9	95,5	70
Piura	100,0	37,5	56,2	4,7	0,7	0,2	0,0	0,7	98,4	568
Puno	100,0	18,8	74,6	4,0	0,8	0,0	0,0	1,8	97,4	290
San Martín	100,0	23,6	69,9	0,3	6,0	0,0	0,0	0,2	93,8	247
Tacna	100,0	32,7	64,1	1,8	0,0	0,0	0,0	1,4	98,6	68
Tumbes	100,0	19,8	80,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	99,8	70
Ucayali	100,0	11,7	71,5	3,9	6,2	0,0	0,2	6,5	87,0	179
Total 2014	100,0	35,8	56,3	4,8	1,6	0,0	0,0	1,5	96,9	7 703
Total 2009	100,0	28,9	58,2	7,2	0,2 a/	0,1	2,6	2,8	94,3	7 737

Nota: Si se mencionó más de una fuente de atención prenatal, solo es considerada la más calificada. **1/** Profesional de salud calificado: incluye médico, obstetriz y enfermera. **2/** Comprende la provincia de Lima y la Provincia Constitucional del Callao. **3/** Comprende los 43 distritos que conforma la provincia de Lima. **4/** Comprende las provincias: Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos. **a/** Solo incluyó sanitario y promotor de salud. En el año 2014 no se encontraron casos de sanitario.

ANEXO 8 PERÚ: PARTO INSTITUCIONAL SEGÚN DEPARTAMENTO

PERÚ: PARTO INSTITUCIONAL, SEGÚN DEPARTAMENTO



ANEXO 9 PERÚ: PARTOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, PARTOS ATENDIDOS POR PROFESIONAL DE SALUD CALIFICADO Y PARTO INSTITUCIONAL DEL ÚLTIMO NACIMIENTO EN LOS CINCO AÑOS QUE PRECEDIERON LA ENCUESTA, SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2014

Ámbito geográfico	Partos en establecimiento de salud 1/	Partos atendidos por profesional de salud calificado 2/	Parto institucional 3/	Número de nacimientos
Área de residencia				
Urbana	96,2	97,3	96,0	5 525
Rural	72,6	76,3	72,0	2 178
Región natural				
Lima Metropolitana 4/	97,7	99,1	97,7	2 155
Resto Costa	95,1	96,3	94,9	1 978
Sierra	83,6	87,1	83,2	2 373
Selva	77,2	77,9	76,5	1 197
Departamento				
Amazonas	69,6	69,5	65,5	121
Ancash	90,6	94,3	90,6	317
Apurímac	96,9	96,7	96,7	106
Arequipa	95,1	96,7	95,1	300
Ayacucho	94,9	96,9	94,5	162
Cajamarca	71,0	74,4	70,3	386
Prov. Const. del Callao	97,2	98,9	97,2	238
Cusco	96,8	96,7	96,5	313
Huancavelica	89,3	92,3	89,0	104
Huánuco	87,3	90,5	87,3	203
Ica	99,7	99,5	99,5	222
Junín	85,8	88,1	85,8	307
La Libertad	87,6	90,8	87,3	487
Lambayeque	91,3	93,3	91,3	288
Lima	97,7	98,9	97,7	2 226
Provincia de Lima 5/	97,8	99,1	97,8	1 919
Lima Provincias 6/	97,3	98,0	97,3	307
Loreto	66,6	66,8	65,6	355
Madre de Dios	95,6	96,9	95,6	42
Moquegua	95,8	97,8	95,3	35
Pasco	86,8	88,9	86,8	70
Piura	82,6	86,1	82,6	568
Puno	76,8	83,3	76,1	290
San Martín	87,5	88,0	86,6	247
Tacna	94,3	96,0	94,3	68
Tumbes	99,4	99,7	99,4	70
Ucayali	79,0	78,6	78,1	179
Total 2014	89,5	91,4	89,2	7 703
Total 2009	82,0	84,7	81,3	7 737

Nota: La estimación se refiere a los nacimientos en el período de 0-59 meses que precedieron la encuesta, incluyéndose así los nacimientos en el mes de la entrevista. Solo se incluye el último nacimiento de la mujer. **1/** Se refiere a los nacimientos que tuvieron lugar en un servicio de salud (público o privado). / Profesional de salud calificado incluye médico, obstetrix y enfermera. **3/** El parto institucional se refiere a los partos ocurridos en establecimientos de salud y que fueron atendidos por profesional de salud calificado. **4/** Comprende la provincia de Lima y la Provincia Constitucional del Callao. **5/** Comprende los 43 distritos que conforman la provincia de Lima. **6/** Comprende las provincias: Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos.

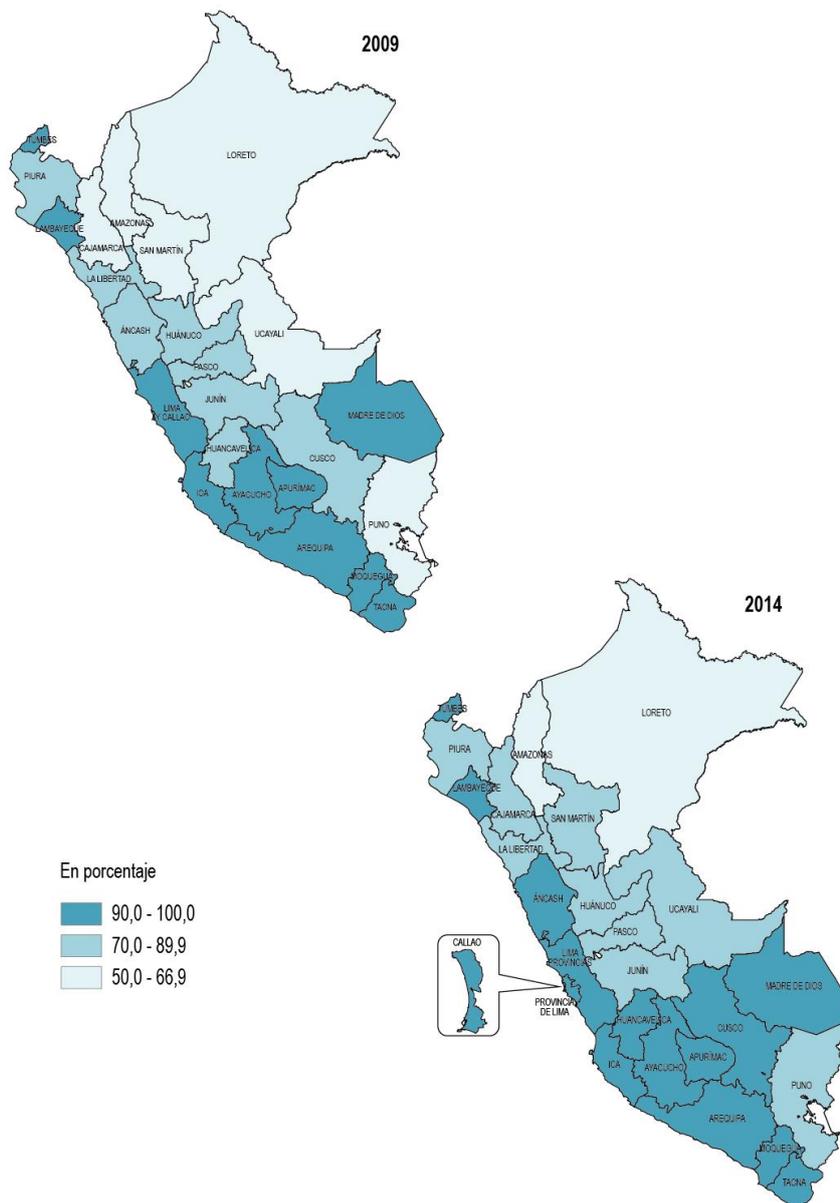
ANEXO 10 PERÚ: ATENCIÓN DURANTE EL PARTO PARA LOS MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD, POR PERSONA QUE PROPORCIONA LA ATENCIÓN Y POR CATEGORÍA DE NACIMIENTOS POR CESÁREA, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2014

Característica seleccionada	Total	Persona que proporcionó la atención del parto							Porcentaje de partos por profesional de salud calificado 1/	Porcentaje de nacimientos por cesárea	Número de nacimientos
		Médico	Obstetrix	Enfermera	Técnico en enfermería/ Promotor de salud	Comadrona / Partera	Familiar / Otro	Nadie			
Edad madre al nacimiento											
Menos de 20 años	100,0	51,3	35,3	2,0	0,7	6,4	4,2	0,1	88,5	19,0	1 374
20-34	100,0	60,4	28,2	1,5	0,7	4,7	4,0	0,4	90,1	28,2	5 989
35-49	100,0	67,3	21,0	2,3	0,7	4,2	3,8	0,8	90,5	38,3	1 618
Orden de nacimiento											
Primer nacimiento	100,0	65,7	27,9	1,1	0,3	2,9	2,0	0,0	94,8	33,0	3 185
2-3	100,0	62,4	27,8	1,4	0,6	4,2	3,5	0,2	91,6	30,2	4 091
4-5	100,0	48,5	30,2	3,4	1,2	8,5	7,0	1,2	82,1	19,1	1 209
6 y más	100,0	36,0	24,4	4,4	2,8	15,0	13,9	3,4	64,9	10,2	496
Lugar del parto											
Establecimiento de salud	100,0	67,5	30,9	1,3	0,2	0,0	0,1	0,0	99,7	32,6	7 883
Otro lugar	100,0	7,7	7,3	5,0	4,0	40,1	32,3	3,6	20,0	0,0	1 098
Nivel de educación											
Sin educación	100,0	33,9	20,4	9,6	2,5	16,4	15,9	1,3	63,9	7,5	184
Primaria	100,0	41,8	27,2	4,4	1,5	13,5	10,0	1,7	73,4	12,4	2 132
Secundaria	100,0	60,0	33,4	0,9	0,6	2,8	2,2	0,1	94,3	26,5	4 272
Superior	100,0	79,2	19,6	0,3	0,0	0,2	0,8	0,0	99,0	48,4	2 394
Quintil de riqueza											
Quintil inferior	100,0	33,5	29,1	5,2	1,9	16,6	12,2	1,6	67,7	8,8	2 125
Segundo quintil	100,0	53,6	37,1	1,8	0,9	2,9	3,6	0,1	92,5	21,2	2 136
Quintil intermedio	100,0	68,3	29,4	0,4	0,1	1,0	0,8	0,0	98,1	32,9	1 929
Cuarto quintil	100,0	75,7	23,7	0,1	0,0	0,2	0,1	0,3	99,4	39,1	1 601
Quintil superior	100,0	86,0	13,3	0,0	0,0	0,2	0,4	0,0	99,3	56,0	1 190
Total 2014	100,0	60,2	28,0	1,7	0,7	4,9	4,0	0,5	90,0	28,6	8 981
Total 2009	100,0	49,4	30,1	3,0	0,7 a/	7,6	8,9	0,3	82,5	21,4	9 305

Nota: Los porcentajes no necesariamente suman los subtotales o el 100,0% debido a redondeo. Se incluyen todos los nacimientos en el período de 0 - 59 meses antes de la entrevista. Si la mujer mencionó más de una persona, solamente se considera la más capacitada. 1/ Profesional de salud calificado incluye médico, obstetrix y enfermera. a/ Solo incluyó sanitario y promotor de salud. En el año 2014 no se encontraron casos de sanitario.

ANEXO 11 Perú: partos atendidos por profesional de salud calificado, según departamento

**PERÚ: PARTOS ATENDIDOS POR PROFESIONAL DE SALUD CALIFICADO,
 SEGÚN DEPARTAMENTO**



*Nota: A partir del año 2014 se presenta la Provincia Constitucional del Callao independientemente del departamento de Lima.
 Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.*

ANEXO 12 PERÚ: ATENCIÓN DURANTE EL PARTO PARA LOS MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD, POR PERSONA QUE PROPORCIONÓ LA ATENCIÓN Y POR CENSAJE DE NACIMIENTOS POR CESÁREA, SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2014.

Ámbito geográfico	Persona que proporcionó la atención del parto								Porcentaje de partos por profesional de salud calificado 1/	Porcentaje de nacimientos por cesárea	Número de nacimientos
	Total	Médico	Obstetriz	Enfermera	Técnico en enfermería/ Promotor de salud	Comadrona / Partera	Familia r/Otro	Nadie			
Área de residencia											
Urbana	100,0	69,3	27,2	0,5	0,2	1,3	1,3	0,2	97,1	35,6	6 315
Rural	100,0	38,7	29,7	4,7	2,0	13,3	10,4	1,2	73,1	12,0	2 666
Región natural											
Lima Metropolitana 2/	100,0	79,8	19,2	0,0	0,0	0,2	0,5	0,3	99,0	41,3	2 447
Resto Costa	100,0	67,9	27,6	0,6	0,1	3,2	0,6	0,0	96,0	37,2	2 267
Sierra	100,0	48,2	33,5	3,9	1,3	6,1	6,7	0,2	85,7	17,2	2 799
Selva	100,0	38,7	32,7	2,2	1,6	13,1	9,8	1,9	73,6	16,0	1 468
Departamento											
Amazonas	100,0	33,5	23,5	5,7	5,9	12,1	17,3	2,1	62,7	15,6	152
Ancash	100,0	62,8	26,5	3,6	0,4	1,7	4,9	0,0	92,9	23,4	369
Apurímac	100,0	70,6	23,7	2,4	0,0	0,0	2,7	0,5	96,8	14,3	125
Arequipa	100,0	74,7	21,1	0,2	0,4	0,2	3,4	0,0	96,0	35,7	342
Ayacucho	100,0	46,7	46,5	3,7	0,7	0,3	2,1	0,0	96,9	20,8	186
Cajamarca	100,0	38,7	28,8	6,9	1,9	19,8	3,6	0,3	74,4	16,7	450
Prov. Const. del Callao	100,0	77,6	21,1	0,3	0,0	0,5	0,4	0,0	99,0	36,7	271
Cusco	100,0	65,3	28,5	1,8	0,5	0,2	3,4	0,3	95,7	19,9	373
Huancavelica	100,0	58,1	27,6	5,8	0,7	1,9	5,3	0,7	91,5	11,4	129
Huánuco	100,0	32,6	51,9	4,9	0,6	3,2	6,4	0,2	89,5	12,9	234
Ica	100,0	68,0	31,5	0,0	0,2	0,0	0,0	0,3	99,5	34,5	255
Junín	100,0	37,3	46,5	3,6	0,3	3,3	9,0	0,0	87,3	16,1	349
La Libertad	100,0	66,2	21,8	1,8	1,0	5,9	3,2	0,0	89,9	34,4	569
Lambayeque	100,0	65,9	24,9	0,9	0,9	6,2	1,3	0,0	91,7	31,7	345
Lima	100,0	77,8	20,9	0,1	0,0	0,1	0,8	0,3	98,8	39,8	2 518
Provincia de Lima 3/	100,0	80,0	19,0	0,0	0,0	0,1	0,5	0,3	99,0	41,9	2 178
Lima Provincias 4/	100,0	63,1	33,4	0,9	0,0	0,2	2,4	0,0	97,4	26,2	340
Loreto	100,0	35,1	25,3	1,2	1,5	22,5	9,8	4,7	61,6	13,1	461
Madre de Dios	100,0	74,1	20,5	1,4	0,0	0,6	3,2	0,2	96,0	19,4	50
Moquegua	100,0	74,2	23,8	0,0	0,4	0,4	1,1	0,0	98,0	39,9	38
Pasco	100,0	47,2	36,0	2,4	0,0	3,2	10,4	0,8	85,6	17,9	83
Piura	100,0	55,9	26,9	2,3	0,2	11,8	2,6	0,3	85,1	35,5	669
Puno	100,0	37,1	40,8	1,8	2,3	3,0	14,7	0,2	79,7	10,1	345
San Martín	100,0	46,0	39,0	1,3	2,6	9,5	1,7	0,0	86,2	21,9	286
Tacna	100,0	58,7	36,6	0,9	0,0	1,5	2,2	0,0	96,3	35,3	77
Tumbes	100,0	58,4	41,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	99,4	51,0	82
Ucayali	100,0	25,8	45,5	1,7	0,9	8,8	16,9	0,5	73,0	13,6	225
Total 2014	100,0	60,2	28,0	1,7	0,7	4,9	4,0	0,5	90,0	28,6	8 981
Total 2009	100,0	49,4	30,1	3,0	0,7 a/	7,6	8,9	0,3	82,5	21,4	9 305

Nota: Los porcentajes no necesariamente suman los subtotales o el 100,0% debido a redondeo. Se incluyen todos los nacimientos en el período de 0 - 59 meses antes de la entrevista. Si la mujer mencionó más de una persona, solamente se considera la más capacitada. 1/ Profesional de salud calificado incluye médico, obstetrix y enfermera. 2/ Comprende la provincia de Lima y la Provincia Constitucional del Callao. 3/ Comprende los 43 distritos que conforman la provincia de Lima. 4/ Comprende las provincias: Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos. a/ Solo incluyó sanitario y promotor de salud. En el año 2014 no se encontraron casos de sanitario.

ANEXO 13 PERÚ: MOMENTO DEL PRIMER CONTROL POSTNATAL DE LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD QUE TUVIERON HIJAS Y/O HIJOS EN LOS CINCO AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2014.

Característica seleccionada	Total	Momento del primer control postnatal				No recibió atención postnatal 1/	Número de nacimientos
		Menos de 4 horas	4-23 Horas	2 días	3-41 días		
Edad de la madre al nacimiento							
Menos de 20 años	100,0	69,1	21,0	0,6	2,1	7,2	1 109
20-34	100,0	71,5	20,6	1,2	1,9	4,8	5 120
35-49	100,0	73,3	19,8	0,8	2,0	4,0	1 474
Orden de nacimiento							
Primer nacimiento	100,0	71,5	22,8	0,9	1,3	3,6	2 673
2-3	100,0	73,4	19,7	0,9	1,7	4,3	3 592
4-5	100,0	68,5	19,6	1,5	3,1	7,2	1 020
6 y más	100,0	63,3	15,5	1,8	5,4	14,1	418
Nivel de educación							
Sin educación	100,0	67,1	12,6	2,7	4,5	13,2	149
Primaria	100,0	67,6	14,3	1,9	4,9	11,3	1 726
Secundaria	100,0	71,2	22,8	0,8	1,4	3,7	3 710
Superior	100,0	75,6	22,2	0,6	0,3	1,4	2 118
Quintil de riqueza							
Quintil inferior	100,0	64,0	13,9	2,3	5,1	14,7	1 671
Segundo quintil	100,0	74,5	18,4	1,5	1,9	3,7	1 829
Quintil intermedio	100,0	73,3	23,0	0,3	1,6	1,7	1 721
Cuarto quintil	100,0	71,1	26,4	0,3	0,2	2,0	1 409
Quintil superior	100,0	75,6	22,9	0,3	0,1	1,0	1 073
Total	100,0	71,5	20,5	1,0	2,0	5,0	7 703

Nota: Los porcentajes no necesariamente suman los subtotales o el 100,0% debido a redondeo. 1/ Incluye mujeres que recibieron el control después de 41 días

ANEXO 14 PERÚ: MOMENTO DEL PRIMER CONTROL POSTNATAL DE LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD QUE TUVIERON HIJAS Y/O HIJOS EN LOS CINCO AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA, SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2014.

Ámbito geográfico	Total	Momento del primer control postnatal				No recibió atención postnatal 1/	Número de nacimientos
		Menos de 4 horas	4-23 horas	2 días	3-41 días		
Área de residencia							
Urbana	100,0	73,3	22,7	0,6	1,2	2,2	5 525
Rural	100,0	67,1	14,9	2,2	3,9	11,9	2 178
Región natural							
Lima Metropolitana 2/	100,0	70,4	26,3	0,1	0,7	2,6	2 155
Resto Costa	100,0	77,3	18,7	0,6	1,5	2,0	1 978
Sierra	100,0	71,6	19,0	1,9	2,3	5,2	2 373
Selva	100,0	63,9	16,3	1,7	4,3	13,9	1 197
Departamento							
Amazonas	100,0	53,8	17,2	4,4	3,3	21,3	121
Ancash	100,0	72,7	21,7	1,5	0,7	3,4	317
Apurímac	100,0	84,4	15,0	0,0	0,0	0,6	106
Arequipa	100,0	65,3	31,5	0,3	0,6	2,4	300
Ayacucho	100,0	76,3	21,8	0,6	0,0	1,4	162
Cajamarca	100,0	73,3	17,3	1,0	3,6	4,8	386
Prov. Const. del Callao	100,0	82,1	14,1	0,0	0,3	3,5	238
Cusco	100,0	82,7	12,1	0,9	0,3	4,0	313
Huancavelica	100,0	79,9	18,3	1,0	0,8	0,0	104
Huánuco	100,0	57,7	29,5	2,8	2,8	7,2	203
Ica	100,0	79,8	17,5	0,0	0,3	2,3	222
Junín	100,0	72,3	19,5	3,5	1,9	2,9	307
La Libertad	100,0	77,0	16,5	1,0	3,2	2,3	487
Lambayeque	100,0	80,8	12,2	0,6	2,3	4,2	288
Lima	100,0	69,2	27,5	0,2	0,8	2,3	2 226
Provincia de Lima 3/	100,0	68,9	27,8	0,1	0,7	2,4	1 919
Lima Provincias 4/	100,0	71,1	25,7	0,7	1,0	1,5	307
Loreto	100,0	52,9	14,6	1,6	6,5	24,4	355
Madre de Dios	100,0	75,4	17,8	1,0	0,9	4,8	42
Moquegua	100,0	78,1	20,4	0,4	0,0	1,1	35
Pasco	100,0	84,5	6,1	1,0	4,0	4,4	70
Piura	100,0	72,6	15,0	0,8	4,0	7,5	568
Puno	100,0	66,5	19,0	5,3	3,0	6,1	290
San Martín	100,0	74,7	15,1	0,7	2,9	6,5	247
Tacna	100,0	75,3	22,6	1,5	0,0	0,6	68
Tumbes	100,0	87,9	11,0	0,0	0,3	0,8	70
Ucayali	100,0	62,2	17,4	1,3	5,4	13,8	179
Total	100,0	71,5	20,5	1,0	2,0	5,0	7 703

Nota: Los porcentajes no necesariamente suman los subtotales o el 100,0% debido a redondeo. **1/** Incluye mujeres que recibieron el control después de 41 días. **2/** Comprende la provincia de Lima y la Provincia Constitucional del Callao. **3/** Comprende los 43 distritos que conforman la provincia de Lima. **4/** Comprende las provincias: Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos.

ANEXO 15 PERÚ: PROBLEMAS EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD CUANDO LAS MUJERES ESTÁN ENFERMAS, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2014.

Característica seleccionada	Problemas en el acceso a la atención de la salud:									Número de mujeres
	Conseguir permiso para ir a tratamiento	Conseguir dinero para tratamiento	Distancia al establecimiento de salud	Tener que tomar transporte	No quiere ir sola	Preocupación que no haya personal femenino	Pensar que puede no haber quien atiende	Pensar que no haya medicinas disponibles	Cualquiera de las anteriores	
Edad										
15-19	18,4	47,4	37,4	30,9	50,9	62,7	84,9	85,9	96,2	4 311
20-34	16,6	52,8	37,3	34,1	36,9	50,1	83,4	84,9	94,3	10 966
35-49	19,6	62,8	42,7	38,9	36,5	48,9	83,2	85,3	94,5	9 595
Número de hijas e hijos vivos										
0	19,8	44,7	34,3	27,5	42,5	57,9	82,1	83,5	94,4	8 094
1-2	16,5	54,9	37,4	34,1	34,8	45,3	82,5	84,4	93,9	10 313
3-4	18,0	67,6	46,2	43,4	39,3	52,3	86,6	88,1	95,8	4 799
5 y más	20,1	79,9	56,7	58,8	49,9	61,6	88,5	90,2	97,9	1 666
Estado conyugal										
Nunca casada/unida	20,0	46,7	34,5	28,4	42,1	57,7	82,5	84,1	94,9	8 007
Casada/ unida	16,6	59,2	42,6	39,8	38,4	49,7	84,3	86,0	94,7	14 105
Divorciada/ separada/viuda	20,3	63,7	37,3	33,5	34,6	45,7	83,0	84,3	94,1	2 760
Condición de empleo últimos 12 meses										
No empleada	11,9	53,4	38,0	34,1	43,3	54,6	84,3	85,8	94,9	6 616
Empleada por dinero	20,5	54,7	37,7	32,9	35,5	48,9	82,5	84,2	94,2	16 090
Empleada no por dinero	19,3	70,2	56,7	57,8	53,9	65,3	89,2	90,6	97,5	2 166
Nivel de educación										
Sin educación	20,9	82,0	62,8	65,1	53,8	67,1	86,9	87,1	96,7	507
Primaria	20,9	78,2	56,9	58,2	50,1	64,7	89,5	91,5	97,9	4 674
Secundaria	16,9	57,6	39,3	34,3	41,8	55,1	86,2	87,9	96,3	11 725
Superior	18,0	38,0	27,8	21,7	27,9	38,6	76,0	77,4	90,3	7 966
Quintil de riqueza										
Quintil inferior	21,7	76,7	63,3	66,8	54,7	67,2	90,3	92,0	97,8	4 063
Segundo quintil	18,5	68,9	49,1	45,1	45,8	58,9	88,1	90,0	97,4	4 908
Quintil intermedio	16,9	59,0	37,8	32,9	38,4	53,2	85,6	88,0	96,3	5 375
Cuarto quintil	17,8	46,5	30,0	23,8	33,5	47,4	82,1	83,3	94,2	5 394
Quintil superior	16,4	32,6	22,9	16,1	27,3	36,2	73,4	74,4	88,4	5 132
Total 2014	18,1	55,7	39,4	35,4	39,2	51,8	83,6	85,2	94,7	24 872
Total 2009	17,8	64,4	43,0	37,4	38,8	56,9	88,6	89,8	96,9	24 213

ANEXO 16 PERÚ: PROBLEMAS EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD CUANDO LAS MUJERES ESTÁN ENFERMAS, SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2014.

Ámbito geográfico	Problemas en el acceso a la atención de la salud:									Número de mujeres
	Conseguir permiso para ir a tratamiento	Conseguir dinero para tratamiento	Distancia al establecimiento de salud	Tener que tomar transporte	No quiere ir sola	Preocupación que no haya personal femenino	Pensar que puede no haber quien atiende	Pensar que no haya medicinas disponibles	Cualquiera de las anteriores	
Área de residencia										
Urbana	17,3	50,9	32,7	27,2	35,5	48,1	81,9	83,5	93,9	19 366
Rural	20,8	72,6	62,9	64,2	52,0	65,0	89,4	91,1	97,6	5 506
Región natural										
Lima Metropolitana 1/	16,5	44,7	28,7	22,3	31,2	40,8	80,7	81,6	92,9	8 236
Resto Costa	16,2	55,7	38,5	34,3	38,8	54,6	84,1	85,3	94,9	6 340
Sierra	23,5	64,9	50,7	49,4	47,3	61,5	85,2	87,8	96,2	7 272
Selva	13,4	63,6	43,5	39,9	42,0	52,9	86,7	88,4	95,7	3 024
Departamento										
Amazonas	19,5	68,9	56,6	52,5	52,6	61,0	83,7	90,4	96,2	316
Áncash	18,0	67,3	49,5	44,8	47,0	62,2	88,5	90,8	97,8	997
Apurímac	18,6	68,6	49,3	55,7	47,8	63,4	95,2	96,1	98,9	322
Arequipa	24,5	56,2	42,2	40,5	41,4	55,1	79,4	85,2	94,8	1 191
Ayacucho	22,1	63,4	48,7	50,9	48,5	60,1	88,5	91,1	97,0	493
Cajamarca	22,3	71,8	60,9	58,9	49,4	61,6	83,7	86,9	97,0	1 181
Prov. Const. del Callao	15,8	45,3	32,0	26,2	33,5	42,0	79,8	85,0	94,7	897
Cusco	22,5	59,2	43,0	41,3	42,8	61,3	80,9	82,4	93,1	964
Huancavelica	25,1	65,0	54,7	54,1	53,0	65,1	88,1	91,5	96,5	297
Huánuco	13,9	63,3	45,7	44,2	36,5	50,1	82,1	86,8	95,8	573
Ica	16,4	51,9	36,1	30,3	38,0	50,3	80,9	85,2	93,9	709
Junín	20,9	63,0	41,8	37,0	43,7	58,2	83,1	84,1	94,6	1 008
La Libertad	17,0	59,0	40,4	38,7	41,5	56,5	80,4	83,6	93,8	1 524
Lambayeque	13,2	54,5	34,4	31,1	34,0	54,2	88,3	81,4	95,0	965
Lima	16,4	45,2	29,4	23,4	31,5	41,1	81,3	82,1	93,0	8 202
Provincia de Lima 2/	16,5	44,6	28,3	21,9	31,0	40,7	80,8	81,2	92,7	7 349
Lima Provincias 3/	14,9	50,3	38,4	36,2	35,8	44,7	86,1	90,0	96,3	853
Loreto	9,9	61,1	41,2	38,2	50,4	47,5	86,1	88,4	94,2	789
Madre de Dios	17,0	54,5	47,6	41,0	39,5	58,4	80,7	82,9	94,9	112
Moquegua	20,4	50,0	44,4	44,2	38,5	51,8	74,3	80,3	93,4	137
Pasco	18,6	60,1	50,2	49,7	47,4	64,9	96,1	94,8	98,6	190
Piura	19,4	62,2	45,1	41,2	44,0	64,6	90,6	90,8	97,1	1 551
Puno	35,5	71,7	62,3	59,5	56,4	71,2	89,1	89,9	96,9	887
San Martín	9,6	59,0	40,3	33,6	35,6	54,0	87,1	90,1	95,8	674
Tacna	17,9	55,5	37,1	32,1	38,9	54,8	76,8	78,9	91,6	266
Tumbes	16,0	48,5	40,2	31,4	38,0	52,5	73,1	78,5	90,8	209
Ucayali	9,8	65,5	25,6	23,3	27,9	40,2	91,9	87,1	98,5	418
Total 2014	18,1	55,7	39,4	35,4	39,2	51,8	83,6	85,2	94,7	24 872
Total 2009	17,8	64,4	43,0	37,4	38,8	56,9	88,6	89,8	96,9	24 213

1/ Comprende la provincia de Lima y la Provincia Constitucional del Callao. 2/ Comprende los 43 distritos que conforman la provincia de Lima. 3/ Comprende las provincias: Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos.

ANEXO 17 PERÚ: POBLACIÓN URBANA FEMENINA AL 30 DE JUNIO, POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD, SEGÚN DEPARTAMENTO, 2015.

Departamento	Total	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74
Total	12,085,648	975,128	1,019,362	1,043,988	1,082,917	1,120,288	1,052,984	969,458	918,881	806,073	712,262	619,946	501,911	396,068	299,834	225,458
Amazonas	93,036	7,599	9,017	9,315	7,762	6,360	9,524	8,135	7,313	7,118	5,872	4,335	3,290	2,492	1,870	1,368
Ancash	348,119	29,217	30,216	30,024	29,516	30,600	31,887	26,993	24,794	24,126	21,123	18,117	14,892	11,827	9,184	6,663
Apurímac	92,453	8,218	9,430	9,292	7,908	7,980	11,473	7,835	6,252	5,993	4,839	3,741	2,881	1,968	1,571	1,254
Arequipa	592,546	45,205	46,032	47,401	52,059	52,876	50,359	48,288	46,740	40,493	36,351	32,208	25,867	20,753	16,056	12,331
Ayacucho	186,751	17,656	19,536	19,809	19,506	20,054	17,928	13,379	11,528	11,029	9,007	7,435	5,920	4,361	3,374	2,559
Cajamarca	268,854	22,275	23,808	24,081	23,112	24,528	27,676	23,152	21,200	19,750	15,910	12,795	9,731	6,898	5,174	3,699
Prov. Const. del Callao	507,392	38,105	39,248	39,669	42,067	43,348	42,570	41,753	40,749	35,317	32,033	28,459	23,881	19,271	14,258	10,688
Cusco	368,828	28,525	31,186	31,688	31,887	35,550	39,987	30,762	26,519	23,598	20,872	18,563	15,141	11,212	8,453	6,218
Huancavelica	58,500	5,442	6,129	6,300	6,138	6,779	6,131	4,272	3,481	3,629	2,953	2,191	1,680	1,198	885	606
Huánuco	170,324	12,712	14,973	15,765	14,488	13,755	16,835	13,717	12,739	12,411	10,580	8,975	7,070	5,206	3,917	2,888
Ica	362,500	30,426	31,835	32,742	33,041	33,007	28,504	27,163	26,423	23,993	21,560	18,979	15,575	12,245	9,444	7,072
Junín	450,442	39,336	42,076	44,171	44,298	43,844	38,160	32,544	29,795	28,194	24,647	21,346	17,933	14,000	10,500	7,904
La Libertad	737,342	57,067	61,588	63,499	66,582	72,962	65,158	58,245	53,876	47,570	42,397	37,667	30,645	24,346	18,941	14,370
Lambayeque	537,893	40,138	43,834	46,688	48,729	47,431	44,366	40,662	39,858	36,831	33,779	29,821	24,599	19,342	14,344	10,727
Lima	4,957,587	382,165	379,843	386,701	431,527	471,090	415,188	407,667	392,498	326,720	297,553	267,996	218,305	177,909	136,549	104,051
Loreto	341,650	30,151	35,852	38,062	34,627	30,078	31,801	26,373	23,708	22,055	18,174	14,637	11,693	8,563	6,072	4,269
Madre de Dios	47,506	4,922	5,235	5,240	4,815	4,160	4,436	4,251	3,850	3,135	2,425	1,854	1,268	785	460	292
Moquegua	69,150	5,557	5,618	5,605	5,518	5,735	5,807	5,591	5,492	5,310	4,762	3,913	3,161	2,401	1,761	1,264
Pasco	94,358	8,760	9,560	10,069	9,504	9,403	7,967	6,864	6,295	6,007	5,111	4,124	3,119	2,442	1,852	1,374
Piura	718,443	65,885	67,622	67,660	66,158	67,215	61,939	53,659	50,976	47,740	40,556	34,125	28,412	21,720	15,571	11,633
Puno	386,927	37,183	39,016	39,437	39,693	39,304	36,868	30,958	27,462	23,945	19,038	15,237	11,808	8,243	6,304	4,719
San Martín	256,597	21,545	25,623	26,766	24,340	20,612	22,664	21,140	20,066	18,350	15,480	11,942	8,751	6,551	4,722	3,394
Tacna	146,064	12,224	12,818	12,836	13,030	13,048	13,028	12,408	11,960	10,403	9,187	7,405	5,650	4,229	2,990	2,108
Tumbes	103,751	9,426	9,679	9,508	9,101	8,867	10,006	9,093	8,438	7,298	6,015	4,818	3,796	2,850	1,866	1,282
Ucayali	188,635	15,389	19,588	21,660	17,511	11,702	12,722	14,554	16,869	15,058	12,038	9,263	6,843	5,256	3,716	2,725

75-79 80 y más	
169,240	171,850
1,003	663
4,455	4,485
1,072	746
9,421	10,106
1,970	1,700
2,595	2,470
7,932	8,044
4,569	4,098
376	310
2,200	2,093
5,368	5,123
5,990	5,704
10,946	11,483
8,118	8,626
78,437	83,388
2,993	2,542
217	161
876	779
1,038	869
9,088	8,484
3,799	3,913
2,516	2,135
1,375	1,365
920	788
1,966	1,775

ANEXO 18 PERÚ: POBLACIÓN RURAL FEMENINA AL 30 DE JUNIO, POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD, SEGÚN DEPARTAMENTO, 2015.

Departamento	Total	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74
Total	3,460,181	426,095	413,723	387,039	338,955	275,954	265,208	228,228	204,627	181,316	152,956	130,219	112,235	102,367	84,588	65,781
Amazonas	107,057	14,127	13,570	11,746	9,065	7,282	10,195	7,815	6,562	5,771	4,792	4,131	3,433	2,842	2,185	1,582
Ancash	217,537	24,664	25,216	24,732	21,939	17,218	16,105	13,460	12,046	11,484	9,913	8,257	7,181	6,434	5,627	4,868
Apurímac	132,153	16,438	15,914	14,329	11,105	8,456	11,369	8,615	7,096	7,027	6,104	5,355	4,975	4,684	4,007	3,012
Arequipa	56,179	5,556	5,252	5,142	5,255	4,644	4,235	4,039	3,873	3,337	2,975	2,598	2,173	1,962	1,629	1,330
Ayacucho	150,159	20,132	18,846	16,844	14,985	12,598	10,663	8,425	7,412	7,290	6,224	5,486	5,019	4,814	4,104	3,204
Cajamarca	490,467	52,724	55,098	54,345	46,691	37,612	39,584	35,061	32,046	28,799	23,591	20,197	16,965	14,626	12,073	9,222
Prov. Const. del Callao	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cusco	280,399	32,455	32,456	30,926	26,609	19,284	19,935	17,860	16,391	15,943	14,344	11,930	10,397	9,752	8,034	6,134
Huancavelica	188,122	27,060	25,469	22,909	19,818	17,081	14,240	10,579	8,640	8,531	7,191	6,133	5,391	4,789	4,011	3,019
Huánuco	252,990	33,028	31,688	28,904	23,788	18,260	20,884	18,294	16,293	13,719	11,016	9,045	7,391	6,453	5,162	3,891
Ica	29,272	2,512	2,574	2,628	2,720	2,991	2,508	2,069	1,927	1,742	1,555	1,350	1,156	1,045	853	660
Junín	218,212	30,362	26,874	24,532	22,548	19,944	16,237	13,267	11,706	10,676	9,043	7,385	6,381	5,738	4,582	3,603
La Libertad	195,038	26,344	24,460	22,299	20,234	16,352	13,423	13,263	11,890	9,265	7,804	6,547	5,475	5,003	4,151	3,335
Lambayeque	110,453	12,978	12,409	11,941	11,400	9,527	8,327	7,637	7,162	6,045	5,247	4,318	3,538	3,005	2,322	1,818
Lima	88,787	7,961	7,964	8,136	8,295	7,329	6,197	6,355	6,166	5,147	4,592	3,798	3,327	3,481	3,081	2,676
Loreto	155,076	25,232	23,507	20,125	16,180	12,153	11,991	10,192	8,597	6,775	5,209	4,065	3,337	2,999	2,170	1,379
Madre de Dios	10,947	1,432	1,291	1,153	1,052	958	1,012	913	818	666	501	351	258	234	153	91
Moquegua	15,051	1,021	1,171	1,310	1,345	1,443	1,374	1,066	999	1,031	918	688	587	569	484	400
Pasco	48,428	6,578	6,188	5,918	5,270	4,860	3,841	3,017	2,599	2,311	1,923	1,607	1,247	1,004	763	561
Piura	199,921	24,325	24,467	23,913	20,995	15,737	13,382	12,807	11,952	9,967	8,301	7,337	6,709	6,490	4,956	3,627
Puno	318,976	33,948	34,320	33,629	31,524	26,618	23,655	19,755	17,665	15,356	13,150	12,397	11,665	11,858	10,907	9,026
San Martín	127,006	18,283	16,345	13,820	11,984	11,065	11,419	8,901	7,743	6,456	5,361	4,571	3,511	2,748	1,963	1,329
Tacna	18,833	1,603	1,578	1,505	1,539	1,612	1,624	1,519	1,450	1,214	1,099	969	799	687	554	456
Tumbes	5,101	458	478	471	450	436	485	427	380	293	243	226	204	198	143	97
Ucayali	44,017	6,874	6,588	5,782	4,164	2,494	2,523	2,892	3,214	2,471	1,860	1,478	1,116	952	674	461

75-79 80 y más	
48,019	42,871
1,074	885
4,488	3,905
1,925	1,742
1,054	1,125
2,271	1,842
6,543	5,290
-	-
4,234	3,715
1,990	1,271
2,805	2,369
487	495
2,749	2,585
2,695	2,498
1,450	1,329
2,214	2,068
676	489
31	33
311	334
420	321
2,377	2,579
6,674	6,829
852	655
357	268
57	55
285	189