PERÚ:

TERCER INFORME NACIONAL DE CUMPLIMIENTO DE LOS **OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO**

El 2013 ha sido declarado como el "Año Internacional de la Quinua". Nuestra portada -en donde aparece un niño en un inmenso cultivo de quinua en Písac, Cusco- no solo es un homenaje a todas las comunidades andinas que la han protegido y preservado durante siglos, sino que representa una mirada llena de optimismo hacia nuestro futuro y soberanía alimentaria.

Fotografía: Musuk Nolte

PERÚ Presidencia del Consejo de Ministros

〉 2013 〉

PERÚ:

TERCER INFORME NACIONAL DE CUMPLIMIENTO
DE LOS **OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO**

PERÚ Presidencia del Consejo de Ministros

Sistema de Naciones Unidas en Perú

ÍNDICE

04
Prólogo

06
Prefacio

08
Presentación

10
Contexto para
el desarrollo sostenible

15
Capacidades institucionales:
Hacia un Estado al servicio del desarrollo

20
Resumen ejecutivo
Avances y desafíos en el cumplimiento
de los ODM

26
ODM 1
Erradicar la pobreza extrema
y el hambre.

58
ODM 2
Lograr la educación primaria
universal.

78
ODM 3
Promover la igualdad entre
los géneros y la autonomía
de la mujer.

108
ODM 4
Reducir la mortalidad infantil

134
ODM 5
Mejorar la salud materna

160
ODM 6
Combatir el VIH/SIDA, malaria
y otras enfermedades

190
ODM 7
Garantizar la sostenibilidad del
medio ambiente

228
ODM 8
Fomentar una asociación
mundial para el desarrollo

PRÓLOGO

Ollanta Humala Tasso

Presidente de la República

La Declaración del Milenio, suscrita por 189 jefes de Estado en la Asamblea General de la ONU en el año 2000, fue un llamado global para poner en el centro de la acción política, social y económica el combate contra los efectos deshumanizantes de la pobreza. De ella emanaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), que constituyen una expresión concreta del enfoque de desarrollo humano y sus aspiraciones.

El Gobierno peruano ha asumido dicho compromiso junto con la comunidad internacional y ha colocado la lucha contra la pobreza y la reducción de las desigualdades como centro de sus prioridades. Así, en octubre de 2011 se creó el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), con el fin de conducir la política de desarrollo e inclusión social en el país. Como resultado, el Perú cuenta con una política de desarrollo e inclusión social única, así como con instrumentos para hacerla operativa. Ejemplo de ello es la Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social "Incluir para Crecer", diseñada para orientar la articulación de las intervenciones de desarrollo e inclusión social del Estado, redistribuyendo los beneficios del crecimiento económico y traduciéndolos en niveles de vida dignos para todos, en especial para las poblaciones en mayor situación de vulnerabilidad.

Asimismo, el Gobierno es consciente de la riqueza y diversidad natural que el país posee, así como la vulnerabilidad a los desastres naturales y al cambio climático de los ecosistemas y sistemas sociales que brindan soporte a esta riqueza. Por ello, el Perú ha puesto mayor énfasis en garantizar la sostenibilidad ambiental a lo largo de todo el territorio nacional, procurando el uso adecuado de los bienes y servicios ambientales en beneficio de la población actual y futura. Es así que a inicios del 2013, crea el Servicio Nacional de Certificación Ambiental para las Inversiones Sostenibles – SENACE, institución encargada de la revisión y aprobación de los Estudios de Impacto Ambiental Detallados de los proyectos de inversión a nivel nacional, aportando así un mayor nivel de rigor en las revisiones y aprobaciones. De manera complementaria, se ha fortalecido el Organismo de Evaluación y Fiscalización Ambiental –OEFA, así como los Estándares de Calidad Ambiental y Límites Máximos Permisibles para diversos sectores económicos.

En el Perú, a la fecha, se han presentado dos Informes Nacionales sobre los avances en el cumplimiento de los ODM. En el marco de la elaboración del Tercer Informe Nacional, el compromiso del gobierno ha estado centrado en lograr crecimiento económico con inclusión social en democracia. La creación del MIDIS y del SENACE, así como la puesta en marcha de la Estrategia Nacional "Incluir para Crecer", se encuentran alineadas al cumplimiento de los ODM con el objetivo de que el desarrollo sea inclusivo, pero al mismo tiempo sostenible.

Ollanta Humala Tasso

Presidente de la República

En este tercer Informe, el Perú presenta la mejor y más actualizada información que se tiene sobre el estado y perspectivas para el logro de los ODM en el país. Nos enorgullece señalar que el balance es positivo en muchos aspectos, tal como se observa en materia de reducción de la pobreza extrema, la desnutrición crónica y la mortalidad en niños y niñas menores de 5 años. Los logros en educación también son notables y han alcanzado la paridad de género. Este Informe destaca no sólo los resultados sino las estrategias institucionales que han contribuido a alcanzarlos.

No obstante, como Gobierno sabemos que aún queda mucho por hacer para superar las metas planteadas. El Perú es un país extremadamente heterogéneo que aún muestra brechas significativas en aspectos clave para alcanzar las metas de la política de desarrollo e inclusión social. Entre ellos, la reducción de la mortalidad materna y la falta de acceso sostenible al agua potable, así como el cierre de la brecha digital. Identificar las brechas es fundamental para diseñar intervenciones efectivas para su reducción. Ése es el mayor reto que enfrenta el conjunto de actores comprometidos con el desarrollo y con la obligación de garantizar que niños y niñas accedan al futuro que se imaginan. Nos complace decir que el trabajo está en marcha. Celebramos los avances y asumimos los retos pendientes.

Expresamos también nuestro reconocimiento y agradecimiento al Sistema de las Naciones Unidas en el Perú por su invaluable apoyo para el logro de los resultados expuestos en este documento. Abrigamos junto con ellos, el sueño de un Perú sin pobres, con equidad y sostenibilidad.

PREFACIO

En el año 2000, la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas en Nueva York fue escenario del compromiso conjunto de los 189 Estados Miembros para avanzar hacia el desarrollo humano. Este compromiso se hizo explícito con la suscripción de la Declaración del Milenio, la cual propone una visión integral del desarrollo y prioriza la universalización de los derechos: civiles, políticos, económicos, sociales y culturales.

EN LA DECLARACIÓN DEL MILENIO no sólo se expresan valores fundamentales compartidos por los Estados Miembros—incluyendo libertad, igualdad, solidaridad, tolerancia, respeto de la naturaleza y responsabilidad común—, sino también objetivos y metas concretas de desarrollo para el siglo XXI. Como nunca antes, estos Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) han permitido plasmar muchos de los valores comunes en acciones, cuyos impactos han sido monitoreados y evaluados periódicamente en la última década.

El cumplimiento de los ocho ODM ha sido un compromiso asumido por los gobiernos desde el año 2000, incluyendo al Gobierno de Perú. De esta manera, los ODM se han convertido en un referente para las políticas públicas alrededor del mundo, y han permitido fortalecer la colaboración entre los gobiernos, la cooperación internacional, el sector privado y la sociedad civil. Al respecto, el país ha producido informes nacionales de cumplimiento en 2004 y 2009, los cuales fueron el resultado de una estrecha colaboración entre el Estado peruano y el Sistema de Naciones Unidas.

A sólo dos años de 2015, el plazo fijado para el cumplimiento de estos objetivos, los avances a nivel global y nacional han sido importantes, pero los desafíos persisten. La pobreza extrema se ha reducido en todas las regiones del mundo, y ha disminuido a la mitad entre 1990 y 2010, es decir, cinco años antes del plazo inicial. Asimismo, se ha mejorado el acceso al agua segura, las condiciones de vivienda y se ha alcanzado la paridad en la enseñanza primaria de niñas y niños, entre varios otros logros.

Sin embargo, a nivel global falta mucho trabajo aún para disminuir la mortalidad materna, combatir el hambre y lograr la igualdad de género, entre otras metas. Por otro lado, las brechas—entre territorios, grupos poblacionales, áreas urbanas y rurales—persisten en cada dimensión del desarrollo y constituyen un gran obstáculo para tener avances más significativos. También en el Perú, los grandes avances a nivel nacional son innegables pero los promedios nacionales suelen ocultar desigualdades persistentes.

Mientras se hace una evaluación de los avances y agenda pendiente rumbo al año 2015, el Sistema de Naciones Unidas y la comunidad internacional se han embarcado en una reflexión acerca del marco para el desarrollo que deberá orientarnos después de 2015. A partir de la Cumbre de los ODM en 2010, el Secretario General Ban Ki-moon, encargó el inicio de un proceso de consultas sobre la agenda de desarrollo post 2015, incluyendo consultas participativas en todas las regiones del mundo, discusiones temáticas a nivel global, y la creación del Panel de Alto Nivel que presentará al Secretario General una nueva visión para el desarrollo post 2015.

Este marco para el desarrollo debe incorporar las lecciones aprendidas de los ODM, así como las reflexiones sobre prioridades de desarrollo sostenible para los siguientes veinte años que surgen tras la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible de 2012 (Río+20). No sólo se viene dialogando acerca de ajustes a las metas establecidas en los ODM de 2000 y resaltar algunos temas que no tuvieron la suficiente relevancia en el marco de los ODM, sino también la inclusión de temas adicionales que no estaban considerados en dicho marco, como son los casos de los temas de gobernabilidad y de violencia de género, entre otros. Por ello, este informe busca aportar tanto al proceso de evaluación y seguimiento de los ODM 2000-2015, como al proceso global y nacional de consulta sobre un nuevo marco para el desarrollo en el largo plazo.

Rebeca Arias
Coordinadora Residente del Sistema de Naciones Unidas en el Perú

PRESENTACIÓN

EL ESTADO PERUANO presenta su tercer "Informe de cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio", enfocando los avances registrados hasta el año 2012. De acuerdo con el compromiso de reportar regularmente sobre el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), el país ha producido dos informes de cumplimiento anteriores (2004 y 2009). En este Informe se consigna información del 2011 a nivel desagregado; poco antes de su publicación, fue posible contar con la actualización de algunos indicadores al 2012 hecha por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) por lo que también ha sido incluida en los casos pertinentes.

En el primer informe se describía a un país en situación de consolidación de la gobernabilidad democrática, donde más de la mitad de la población se encontraba en situación de pobreza. Se entendía que sólo con un gran esfuerzo conjunto de Estado, sector privado, sociedad civil y cooperación internacional podrían alcanzarse algunas de las metas a 2015. El segundo informe reportaba avances sustantivos, tras varios años de alto crecimiento económico, mayor concertación de esfuerzos entre sectores de la sociedad, y significativo aumento de los presupuestos públicos. Entre los avances estaba la reducción de la pobreza total a 36% y disminuciones importantes de la desnutrición crónica infantil, la mortalidad infantil y una alta presencia de las mujeres en el Parlamento.

La elaboración de ambos documentos fue liderada conjuntamente por el Gobierno del Perú y el Sistema de las Naciones Unidas (SNU). Como en aquellas ocasiones, el informe actual es producto de un proceso de diálogo, análisis y reflexión de grupos técnicos de trabajo que incluyeron, además de las agencias del SNU y las contrapartes nacionales (ministerios y agencias pertinentes), a otros actores relevantes del desarrollo, tanto de la sociedad civil como del sector privado. El proceso de elaboración del Informe de Cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (IODM) Perú 2013 ha contado con un Comité Directivo como principal instancia política y estratégica, conformado por la Coordinadora Residente del SNU y la Ministra de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS).

2015

AÑO EN QUE SE CUMPLEN LOS PLAZOS PARA LAS METAS ESTABLECIDAS EN 2000.

Por medio de su participación en la elaboración del IODM 2013, el SNU busca apoyar al país en su proceso de medición, análisis y movilización social en torno al cumplimiento de los ODM y los desafíos pendientes. También espera aportar a la reflexión estatal y social en torno a la agenda de desarrollo más allá de 2015, año en que se cumplen los plazos para las metas establecidas en 2000. En este sentido, el proceso mismo de elaboración del IODM 2013 ha contribuido insumos importantes a la consulta nacional post 2015, proceso que se desarrolló de manera prácticamente simultánea entre noviembre 2012 y marzo 2013.

El IODM 2013 ofrece un análisis de los avances nacionales sobre la base de la información disponible hasta el final de 2012, y también explora la dimensión regional y las brechas de desarrollo en distintos campos. Propone un balance y reflexión en torno al impacto del marco de los ODM, buscando aportar al diálogo sobre la agenda post 2015. Para ello, se ha incluido análisis sobre los resultados alcanzados, así como relacionados con las acciones que han generado buenos resultados y las que no. Se espera que el IODM contribuya a profundizar la comprensión por el país de las razones por las cuales se logra progreso respecto de algunos ODM, así como de aquellas que provocan retrasos con respecto a otros y, por ende, comprender qué es lo que está dando buenos resultados y qué los está obstaculizando. Asimismo, se espera que constituya un aporte en la comprensión de porqué los avances visibles no llegan a ciertos grupos de peruanas y peruanos.

CONTEXTO PARA
EL DESARROLLO SOSTENIBLE

El primer informe de cumplimiento de los ODM de Perú (2004) destacó la persistencia histórica de una marcada desigualdad y exclusión, y los grandes retos que aún presentaban estos fenómenos para el desarrollo de las peruanas y peruanos en el siglo XXI. Desde entonces, se han registrado algunas mejoras notables en el contexto para el desarrollo sostenible, pero también han aparecido nuevos desafíos y se han visibilizado antiguas brechas. Cabe destacar que, durante el período entre 2000 y 2012, el Perú ha pasado de ser un país de renta media-baja que se ubicaba entre los mayores receptores de asistencia oficial para el desarrollo (AOD) en América Latina, a formar parte de los países de renta media-alta y recibir montos cada vez menores de AOD.

LA DIMENSIÓN **ECONÓMICA**

En lo económico, el crecimiento de la producción entre 2000 y 2012 ha sido notable y ha permitido financiar diversos cambios positivos, incluyendo un mayor acceso a los servicios sociales básicos y la reducción de la pobreza monetaria. Entre 2000 y 2010, la economía peruana creció un promedio de 5% anual, la segunda de mayor crecimiento en América Latina, según el Banco Mundial. En 2012 lideró el crecimiento en la región, y a diciembre de 2012 la economía había crecido 40 meses consecutivos, un hito sin precedentes en la historia nacional. Incluso la crisis económica y financiera global que inició en 2008 tuvo un impacto relativamente menor en el Perú.

El crecimiento se ha sustentado en gran medida en la riqueza de recursos naturales del país y la exportación de materias primas (especialmente minerales) en un contexto global de precios favorables, pero también se ha desarrollado significativamente sectores económicos como la agro-exportación y el turismo, entre otros. Asimismo, el crecimiento sostenido habría sido inconcebible sin el manejo macroeconómico y fiscal responsable que ha caracterizado a la economía en las últimas dos décadas. Entre los factores económicos favorables para el desarrollo sostenible en el Perú de 2012 se puede destacar los bajos índices de inflación (2.65% en 2012), mayores presupuestos para la inversión pública (que representa 5.2% del PBI y aumentará 30% entre 2012 y 2013, según el presupuesto público), acumulación de reservas internacionales (casi US$ 60 mil millones a fines de 2012), flujos significativos de inversión extranjera (US$22 mil millones hasta fines de 2011) y la reducción de la deuda externa (11.8% del PBI en 2011).

El crecimiento ha sido decisivo para la reducción de la pobreza y la generación de empleo, pero no ha sido suficiente para cerrar diversas brechas sociales, ni para generar empleo decente para todos. No ha beneficiado por igual a todas las regiones del país, y la percepción de un crecimiento poco equitativo caracteriza a una parte importante de la población. En este sentido, queda pendiente en el quehacer económico enfrentar las grandes brechas en infraestructura, productividad, educación, salud y empleo decente, sin descuidar el manejo responsable de la economía que ha caracterizado al país.

• • •

LA DIMENSIÓN **SOCIAL**

El crecimiento económico, de la mano de mejores políticas públicas y programas sociales, ha permitido importantes avances en el desarrollo social. También se ha realizado importantes innovaciones en términos de gestión pública y programas sociales para mejorar la calidad de la inversión pública y priorizar la atención a grupos en situación de vulnerabilidad, incluyendo a los niños y las niñas. Asimismo, se ha registrado un mayor involucramiento de las organizaciones de la sociedad civil y las comunidades en la implementación y seguimiento de las políticas públicas.

Las condiciones de vida de las peruanas y los peruanos han mejorado en términos de indicadores del acceso a bienes y servicios básicos. Las mejoras incluyen mayor acceso a nivel nacional a la atención de salud, educación, vivienda e infraestructura sanitaria, lo cual será detallado en los capítulos de este informe. Según el Índice de Ciudadanía Social del PNUD (2011), Perú es uno de los dos países latinoamericanos que más avanzó entre 2000 y 2010 en cuestiones de igualdad de género, igualdad de ingresos, pobreza, empleo formal, salud y educación, entre otros.

*

ENTRE LOS FACTORES ECONÓMICOS FAVORABLES PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE EN EL PERÚ DE 2012 DESTACAN LOS BAJOS ÍNDICES DE INFLACIÓN, MAYORES PRESUPUESTOS PARA LA INVERSIÓN PÚBLICA, ACUMULACIÓN DE RESERVAS INTERNACIONALES, FLUJOS SIGNIFICATIVOS DE INVERSIÓN EXTRANJERA Y LA REDUCCIÓN DE LA DEUDA EXTERNA.

Sin embargo, como también se puede apreciar en los capítulos sobre cumplimiento de ODM, existen grandes brechas en el acceso a bienes y servicios básicos al interior del país. Junto a los factores de carácter estructural que limitan el acceso, incluyendo la geografía y la dispersión demográfica, estas brechas se explican significativamente en función de las desiguales capacidades para la administración de los recursos públicos, limitando la ejecución presupuestaria. Las principales brechas separan a los ámbitos urbano y rural, y a regiones naturales del país (Costa, Sierra y Selva), pero también géneros, etnias y grupos etarios, entre otros.

* EL PERÚ DEBE ENFRENTAR LOS DESAFÍOS AMBIENTALES PLANTEADOS DIRECTAMENTE POR EL RÁPIDO CRECIMIENTO ECONÓMICO EN LOS ÁMBITOS URBANO Y RURAL.

La desigualdad de oportunidades de desarrollo sigue siendo marcada en un contexto de crecimiento, y subsiste una fuerte percepción de desigualdad e injusticia entre muchas peruanas y peruanos.

En tiempos de auge económico y expectativas crecientes, la percepción de desigualdad ha sido asociada con fuerte polarización en tiempos electorales y con una creciente conflictividad social. Entre 2007 y 2012, los conflictos sociales registrados por la Defensoría del Pueblo pasaron de 78 a 243, y muchos de ellos se tornaron violentos. Los conflictos socio-ambientales han sido particularmente visibles en el país en el último lustro, y han resaltado las brechas tanto sociales y económicas como culturales entre peruanas y peruanos. Al mismo tiempo, estos conflictos van asociados con percepciones de desigualdad en la distribución de los beneficios del crecimiento económico. En ese sentido, se ha elaborado y se está implementando la Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social "Incluir para Crecer", la cual orienta todos los esfuerzos nacionales para que los beneficios del crecimiento económico generen mayor inclusión.

LA DIMENSIÓN **AMBIENTAL**

Entre 2000 y 2012, el país ha realizado algunos avances importantes hacia la adopción de prácticas económicas y sociales que sean compatibles con la preservación del equilibrio ambiental. Sin embargo, también han surgido nuevos desafíos en un contexto de crecimiento acelerado y cambio climático.

La dimensión ambiental es particularmente importante para un país considerado "megadiverso", que se encuentra entre los quince de mayor diversidad biológica del mundo por su variedad genética, especies de flora y fauna, y ecosistemas. Asimismo, es el noveno en términos de bosques y posee grandes reservas de agua, no obstante que estos recursos se encuentran distribuidos desigualmente en el territorio.

Actualmente, el Perú enfrenta el gran desafío de prevenir, mitigar y adaptarse a los riesgos actuales y futuros relacionados con el cambio climático y la reducción de los glaciares andinos, la escasez de agua en algunas regiones y la pérdida de servicios ecosistémicos.

Asimismo, debe enfrentar los desafíos ambientales planteados directamente por el rápido crecimiento económico en los ámbitos urbano y rural. Al mismo tiempo que va en aumento el consumo de energía por habitante, el país se encuentra en un proceso de transformación de la matriz energética, impulsado por abundantes reservas de gas natural.

En particular, han adquirido relevancia los impactos negativos de ciertas actividades económicas como la minería informal, así como la creciente conflictividad en torno a la minería formal. Ambas actividades han resaltado, a su vez, la importancia de mejorar el ordenamiento territorial y la zonificación económica.

Fotografía: Programa Mundial de Alimentos

Se ha avanzado en términos de institucionalidad ambiental y en la creación de un marco legal para responder a estos desafíos, incluyendo la creación del Ministerio del Ambiente en 2008. También se ha creado el Servicio Nacional de Áreas Naturales Protegidas por el Estado (SERNANP) y la Autoridad Nacional del Agua (ANA). Sin embargo, los aspectos de supervisión, fiscalización y control siguen siendo poco efectivos, y queda mucho por avanzar en la coordinación entre niveles de gobierno en dichos aspectos.

• • •

LA DIMENSIÓN **POLÍTICA - INSTITUCIONAL**

La dimensión política e institucional es reconocida crecientemente como aspecto fundamental para dar continuidad y legitimidad al desarrollo. En dicho contexto es particularmente importante el fortalecimiento de la democracia. El Perú goza desde 2000 de una continuidad del orden democrático sin precedentes, con elecciones libres y alternancia del poder. Ha habido procesos electorales reñidos y a veces polarizados, pero sus resultados no han sido cuestionados. Desde la transición democrática se han ampliado los mecanismos de participación ciudadana en las políticas públicas y rendición de cuentas, así como los espacios para la concertación y el diálogo entre Estado y sociedad civil. Asimismo, desde 2002 la descentralización del Estado ha introducido un nuevo nivel de gobiernos regionales elegidos democráticamente por la ciudadanía y les ha transferido numerosas competencias y funciones desde el gobierno central, junto con presupuestos crecientes.

El respeto a la democracia electoral y los otros avances mencionados, sin embargo, no han sido acompañados por un fortalecimiento continuo de la gobernabilidad y la cultura

*UN RECIENTE ESTUDIO AUSPICIADO POR EL PNUD ANOTA QUE LA TENDENCIA GENERAL EN LA REGIÓN, COMPARTIDA POR LA POBLACIÓN PERUANA, ES A EXIGIR CADA VEZ MÁS UN ESTADO EFICAZ QUE ESTÉ AL SERVICIO DEL DESARROLLO DE TODOS Y TODAS

democrática entre las peruanas y peruanos. Los datos de estudios periódicos como el *Latinobarómetro* y el *Barómetro de las Américas* indican que el apoyo a la democracia en el Perú es volátil y que la satisfacción con la misma está muy por debajo del promedio latinoamericano. El *Latinobarómetro*, por ejemplo, reporta que desde 1996 el apoyo a la democracia en el Perú ha sido el más volátil de América Latina, y que la satisfacción con la misma ha fluctuado pero se ha mantenido muy por debajo del promedio regional. Asimismo, desde el inicio de dicho estudio, el Perú ha presentado porcentajes de confianza en las instituciones de la democracia, sobre todo el Congreso y el Poder Judicial, que están entre los más bajos de la región. Finalmente, según la misma fuente, la persistencia de este bajo apoyo a la democracia parece estar determinada por la persistente percepción de desigualdad (solo el 14% creía en 2011 que la distribución de la riqueza era justa), que contrasta con el aumento de los ingresos y de la satisfacción con la vida[1]. Cabe anotar, sin embargo, que el *Barómetro de las Américas* reporta una ligera mejora en la confianza en el sistema político entre 2010 y 2012.

La capacidad del Estado para garantizar el ejercicio integral de los derechos de las peruanas y los peruanos ha sido cuestionada persistentemente en las últimas décadas. Según el informe del *Barómetro de las Américas* de 2012, a pesar de una década de crecimiento y algunas mejoras sociales, se sigue percibiendo al Estado como ineficiente y corrupto, lo cual ha sido caracterizado por algunos como la "paradoja peruana". Este descontento político es más marcado fuera de Lima, y tendría sus raíces en una distribución desigual de las mejoras recientes, en promesas incumplidas por políticos prominentes, el bajo nivel de rendición de cuentas y de desempeño de algunas instituciones[2]. Un reciente estudio auspiciado por el PNUD anota que la tendencia general en la región, compartida por la población peruana, es a exigir cada vez más un Estado eficaz que esté al servicio del desarrollo de todos y todas[3].

En tiempos de crecimiento económico y de avances significativos, pero desiguales, en el desarrollo social, las limitaciones del Estado se han hecho más visibles tanto para la sociedad civil como para el sector privado. No obstante ciertos avances significativos para fortalecerlo, sigue pendiente una reforma integral del Estado, cuyo impacto sea percibido por las ciudadanas y ciudadanos de todo el país. ●

[1] Corporación Latinobarómetro, Informe de Prensa: Latinobarómetro 1995-2011, Perú, 2011.

[2] Seligson, Mitchell, Julio Carrión y Patricia Zárate, Cultura política de la democracia en Perú, 2012: Hacia la igualdad de oportunidades (Lima: USAID, IEP y Vanderbilt University), 2012.

[3] Pinto, Álvaro y Ángel Flisfisch, El Estado de Ciudadanía : transformaciones, logros y desafíos del Estado en América Latina en el siglo XXI (Buenos Aires: Sudamericana), 2011.

CAPACIDADES INSTITUCIONALES:

HACIA UN ESTADO AL SERVICIO DEL DESARROLLO

Los Estados y la Declaración del Milenio. El fortalecimiento de las capacidades del Estado es prioritario para lograr el desarrollo humano sostenible. A través de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la Declaración del Milenio sienta las bases para plasmar los valores centrales del desarrollo en acciones concretas lideradas por el Estado. Pero la Declaración implica un compromiso vigente con una gama de temas más amplia que la expresada en las metas de los ocho ODM, desde la democracia y el buen gobierno, hasta la lucha contra el racismo, la discriminación y la xenofobia.

Desde una visión integral del desarrollo, los Estados se comprometen a universalizar el ejercicio de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales; son los principales responsables de cerrar las brechas de desarrollo entre las personas. Por ello, cumplir plenamente con los compromisos establecidos en la Declaración del Milenio depende en gran medida de las capacidades del Estado, en términos de la buena gestión de los asuntos públicos, de la aplicación de las prácticas democráticas, y de lograr procesos políticos más igualitarios.

Las reformas necesarias para consolidar al Estado como impulsor del desarrollo humano sostenible pueden incluir tanto las orientadas al fortalecimiento de los sistemas administrativos, la gestión pública y la tributación, como las reformas de instituciones democráticas, incluyendo la representación legislativa y los sistemas electorales, entre otros.

Nuevas demandas al Estado en América Latina. En el contexto latinoamericano del siglo XXI, las ciudadanas y ciudadanos han empezado a exigir más y esperar más del Estado[4] . Las grandes brechas persisten porque los derechos sociales, económicos y culturales, que han sido garantizados en el papel por todas las Constituciones, en la realidad no han sido plenamente promovidos, garantizados ni ejercidos a lo largo de la historia. Por su parte, los Estados de la región han empezado a responder a las crecientes demandas para que garanticen los derechos, empezando por asignar mayores presupuestos al gasto social y la lucha contra la pobreza.

En el Perú, fortalecer al Estado y ponerlo al servicio de las personas y sus derechos es el tema de la cuarta política del

[4] Álvaro Pinto y A. Filfisch (coordinadores), El estado de Ciudadanía: Transformaciones, logros y desafíos del Estado en América Latino en el siglo XXI (Buenos Aires: Sudamericana), 2011.

Acuerdo Nacional: "Estado Eficiente, Transparente y Descentralizado". En este sentido, se han introducido reformas para modernizar la gestión pública desde 2000. También se han registrado grandes avances en los montos y calidad de la inversión pública y del gasto social. Como resultado, los programas y proyectos gubernamentales han permitido avances significativos en varios ODM, tal como se describe en las siguientes secciones del informe.

Sin embargo, las reformas parciales introducidas desde la transición democrática aún no han sido suficientes para subsanar las debilidades históricas del aparato estatal. Lograr un Estado al servicio del desarrollo, necesario para alcanzar los objetivos de la Declaración del Milenio y del Acuerdo Nacional, requerirá el fortalecimiento de las capacidades institucionales y de gestión pública, sin dejar de lado la consolidación de la democracia y de los procesos políticos.

Antecedentes históricos. Históricamente, el Estado peruano no ha estado al servicio del desarrollo de todas y todos los peruanos. Hasta entrada la segunda mitad del siglo XX, analistas peruanos y extranjeros veían a un Estado con muy limitadas bases sociales, presente casi exclusivamente en áreas urbanas, incapaz de promover la democratización de la sociedad y procesar las demandas crecientes de igualdad de los sectores populares y medios[5].

A inicios de los años noventa, período de referencia inicial para el avance en los ODM, el Estado atravesaba una profunda crisis. Según O'Donnell[6] , por esta época el Estado llegaba de la manera más desigual a las distintas partes del territorio peruano y a los distintos estratos sociales, representando la heterogeneidad extrema dentro de América Latina en este aspecto.

Las reformas estructurales de los años noventa trajeron la modernización de algunos aspectos del Estado, incluyendo el ordenamiento macroeconómico y de las finanzas públicas, reformas de la administración tributaria y aduanera, y los programas sociales focalizados, entre otros. Sin embargo, no hubo una Reforma del Estado integral y no se concretaron las reformas de "segunda generación", de corte institucional, que sugería el "consenso de Washington" para temas- y sectores clave como educación, salud y servicio civil, por ejemplo. Por otra parte, los problemas de corrupción y violaciones de derechos humanos hacia el fin del régimen de Alberto Fujimori desprestigiaron aún más a las instituciones públicas.

En la década de 2000, tras la transición democrática se priorizó la modernización del Estado en los planes nacionales. Se avanzó en aspectos puntuales e importantes—desde la simplificación administrativa y la introducción de la gestión por resultados hasta la ampliación de mecanismos de participación. Destacó, entre los avances, el inicio de la largamente postergada descentralización del Estado, que introdujo un nuevo nivel regional de gobierno democrático y amplió significativamente los procesos de planificación concertada.

Cabe destacar que en 2002 se promulgó la Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado, que estableció el gran objetivo de mejorar la gestión pública para construir un Estado democrático, descentralizado y al servicio del ciudadano. Constituyó un importante avance al reconocerse formalmente que, para poner al Estado al servicio del desarrollo, es necesario cambiar sistemas y prácticas de gestión. No obstante, en los años siguientes tampoco se avanzó hacia este gran objetivo mediante un programa integral.

Desafíos para la gestión pública en el siglo XXI. Han aumentado rápidamente los recursos financieros con los que cuenta el Estado—el presupuesto público aprobado para 2013 es más del doble de 2006—, ha mejorado la calidad del gasto e inversión, han aumentado aceleradamente los presupuestos descentralizados, y todo el aparato estatal tiene a su disposición mejores sistemas y herramientas de gestión para enfrentar los desafíos del desarrollo sostenible que en 2000. No obstante, la debilidad estatal todavía dificulta el cierre de las brechas de desarrollo, y es particularmente marcada en los niveles sub-nacionales.

En la actualidad, la necesidad de fortalecimiento se hace evidente en los sistemas y procesos administrativos desarticulados; escasas capacidades efectivas de planeamiento, evaluación y seguimiento; poca capacidad de formulación de proyectos y ejecución de presupuestos de inversión; bajo nivel de recursos humanos; cuestionadas representatividad y participación de sus instituciones; descoordinación entre sectores y niveles de gobierno; mecanismos de transparencia y rendición de cuentas insuficientes; entre otros aspectos.

Estos desafíos han sido destacados por expertos nacionales e internacionales, pero también se han visto reflejados en las percepciones negativas de la ciudadanía sobre la corrupción, la legitimidad y la eficacia del Estado que registran cada año los principales estudios regionales como Latinobarómetro y Barómetro de las Américas. Por otra parte, la debilidad del Estado amenaza a la competitividad económica del país, donde el Perú tiene desempeños especialmente bajos en "carga de la regulación gubernamental" y "confianza y legitimidad" según el Índice de Competitividad Global del Foro Económico Mundial.

Las brechas en el territorio. Entre los desafíos que enfrenta el Estado peruano, destaca su presencia desigual en el territorio nacional. Muchos autores han recalcado que la ciudadanía y los derechos no han sido ni son los mismos en todo el territorio[7]. Desde un enfoque de derechos, la débil o nula presencia del Estado en muchos lugares del país es una barrera para cerrar las brechas de desarrollo.

Sobre este aspecto, el Informe sobre Desarrollo Humano Perú 2009 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) midió la densidad del Estado en el territorio, estableciendo un Índice de Densidad del Estado (IDE) compuesto por indicadores de identidad, educación, salud, saneamiento básico y electrificación[8].

Al hablar de densidad del Estado, se alude a:

> Los desempeños o funcionamientos del Estado para garantizar la provisión de los requerimientos sociales y los servicios básicos, directa o indirectamente, a todos los sectores de la sociedad y en todos los lugares del Perú, de manera subsidiaria y redistributiva[9].

Al llevar el análisis hasta el nivel provincial se encontró que, a pesar de innegables avances, la provisión efectiva de bienes y servicios públicos se concentra aún en la Costa y en las principales ciudades. Incluso dentro de cada región, es bastante desigual la presencia del Estado. Suele ser baja o muy baja la densidad del Estado justamente donde hay mayores necesidades: en las áreas rurales de la Sierra y la Selva.

Los resultados preliminares de las actualizaciones del IDE, realizadas para el Informe sobre Desarrollo Humano 2012 sobre la base del Censo de Población y Vivienda 2011, señalan algunas mejoras generales, sobre todo en las regiones de la Sierra. Sin embargo, los servicios efectivamente brindados por el Estado siguen estando marcadamente concentrados en la Costa y en las capitales regionales. El desafío más grande que emerge es cerrar las brechas en las provincias rurales y, especialmente, en la Amazonía.

Avances alentadores. En enero de 2013 se aprobó por primera vez una

[5] 1) José Matos Mar, Desborde Popular y crisis del Estado: El nuevo rostro del Perú en la década de 1980. (Lima: Instituto de Estudios Peruanos), 1984; 2) Julio Cotler, Clases, Estado y Nación en el Perú (Lima: Instituto de Estudios Peruanos), 1978.

[6] Guillermo O'Donnel, "Estado, Democratización y ciudadanía," en Nueva Sociedad 128 (Noviembre – Diciembre 1993): 62-87.

[7] Sinesio López, Ciudadanos reales e imaginarios: Concepciones, desarrollo y mapas de la ciudadanía en el Perú (Lima: Instituto de Diálogo y Propuestas), 1997. Sinesio López, "Estado y ciudadanía en el Perú," en El Estado en debate: múltiples miradas, ed. Jorge L. Chediek (Lima: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo), 2010.

[8] Más adelante, se han incorporado también indicadores de seguridad ciudadana y vialidad.

[9] Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Informe sobre el Desarrollo Humano 2009 – Superando barreras: Movilidad y desarrollo humanos, (New York: PNUD), 2009.

Fotografía: Antonio Escalante / Proyecto MST-Apurímac / MINAM / PNUD / GEF

Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública, que funcionará en el mediano plazo como principal instrumento orientador de la modernización de la gestión pública en el Poder Ejecutivo y los gobiernos regionales y locales, entre otros organismos públicos. La visión que fundamenta este instrumento es de "un Estado moderno al servicio de las personas".

El cambio que se busca lograr con esta política es significativo. Entre otros aspectos, se avanza hacia implementar plenamente el planeamiento concertado y estratégico y la gestión orientada a resultados; hacia un servicio civil basado en el mérito; y hacia un nuevo modelo de organización por procesos (frente al vigente modelo de organización funcional). Lograr estos objetivos significaría, entre otras cosas, un cambio drástico con respecto a la manera tradicional de elaborar políticas públicas para el desarrollo en el Perú, las cuales por décadas han sido producto de procesos poco transparentes, arbitrarios e impredecibles[10].

El gobierno actual también está impulsando una reforma integral del servicio civil que unificaría los quince regímenes laborales existentes para cerca de 1.4 millones de personas que trabajan en el sector público. El objetivo de asegurar un sistema de promociones basado en el mérito y la eficacia se alinea con los fines de la nueva política de modernización de la gestión.

Estas medidas recientes construyen sobre avances valiosos de la última década. Entre ellos destaca la adopción gradual de la Gestión por Resultados para el Desarrollo, estrategia de gestión enfocada en la creación de "valor público" para generar, con equidad y sostenibilidad, los cambios requeridos por la ciudadanía mediante procesos participativos y democráticos. En 2007 se estableció un grupo piloto de ministerios y gobiernos regionales en los que se implementaría el Presupuesto por Resultados (PPR), ligado a la planificación y a los planes estratégicos sectoriales, así como la evaluación presupuestal desde la equidad de género. Esto fue resultado de un proceso de concertación entre Estado y sociedad civil desde inicio de la década.

En 2011 y 2012 creció rápidamente el porcentaje del Presupuesto de la República ejecutado a través del PPR, alcanzando para 2013 a 67 programas presupuestales con recursos por S/.40.324 millones. Esto representa 48% del presupuesto no financiero ni previsional. El actual gobierno se ha propuesto llegar al 100% del presupuesto bajo PPR en el año 2016.

Un importante producto de la estrategia de Presupuestos por Resultados han sido los Programas Presupuestales Estratégicos (PPE). Por ejemplo, a través de ellos se ha priorizado la atención a la infancia desde 2008, lo cual ha sido identificado como factor clave para la mejora en los niveles de mortalidad infantil y de la niñez, así como desnutrición. Entre los PPE están el de Salud Materno-Neonatal, Programa Articulado Nacional (contra la desnutrición) y Acceso de la Población a la Identidad. El Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual estuvo también en la lista pero no llegó a implementarse.

Asimismo, un importante cambio institucional para consolidar la lucha contra la pobreza ha sido la creación del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) en 2011. Con el MIDIS ahora el Estado cuenta finalmente con un ente rector para los programas sociales, creado para promover el ejercicio de derechos y el acceso a las oportunidades y desarrollo de capacidades, en coordinación con entidades del sector público, privado y la sociedad civil. Su labor ha permitido ordenar y reestructurar los programas focalizados de manera coordinada, incluyendo el programa Juntos, Cuna Más y Pensión 65, entre otros, ampliando su cobertura y mejorando la calidad del gasto.

Por otra parte, frente al reto de la desarticulación entre planes de desarrollo y políticas, se ha registrado avances importantes en el seguimiento a las políticas públicas y el cumplimiento de planes de desarrollo, gracias en buena medida al involucramiento de la sociedad civil. La Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza (MCLCP) cumple un papel central en esto, promoviendo el seguimiento por parte de organizaciones de la sociedad civil y buscando incidencia en la toma de decisiones en políticas públicas.

Cabe señalar, sin embargo, que mientras Perú consolidó rápidamente sus capacidades de la Gestión por Resultados para el Desarrollo en temas de gestión financiera, fue débil el avance inicial en temas de monitoreo, evaluación y articulación de los presupuestos con planes de mediano plazo[11]. En especial, queda pendiente una mayor articulación y retroalimentación entre el ente rector de la planificación pública, el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN), y las entidades encargadas de programación, presupuestos, implementación, seguimiento y evaluación en todos los sectores y niveles de gobierno. ●

* EN 2011 Y 2012 CRECIÓ RÁPIDAMENTE EL PORCENTAJE DEL PRESUPUESTO DE LA REPÚBLICA EJECUTADO A TRAVÉS DEL PPR, ALCANZANDO PARA 2013 A 67 PROGRAMAS PRESUPUESTALES CON RECURSOS POR S/.40.324 MILLONES.

[10] Eduardo Morón y Cynthia Sanborn, Los Desafíos del Policymaking en el Perú: Actores, Instituciones y Reglas de Juego, (Lima: UP-CI), 2008.

[11] Roberto García López y Mauricio García Moreno, La Gestión Para Resultados en el Desarrollo: Avances y desafíos en América Latina y el Caribe, (Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo), 2010.

RESUMEN EJECUTIVO

AVANCES Y DESAFÍOS EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS ODM

Los avances del Perú hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) establecidos para 2015 son significativos. Entre los más destacados está haber reducido, antes de lo previsto, la pobreza extrema a la mitad y la mortalidad infantil y de la niñez en dos tercios. Sin embargo, queda pendiente enfrentar diversos desafíos para cumplir con otros ODM antes de 2015.

En cada ODM se revelan brechas significativas entre peruanas y peruanos cuando el análisis va más allá de los promedios nacionales. Las grandes brechas se dan entre regiones naturales, departamentos, ámbitos urbano y rural, etnias y géneros, entre otras dimensiones, incluso en los objetivos donde las metas nacionales ya fueron alcanzadas.

ODM 1: ERRADICAR LA POBREZA EXTREMA Y EL HAMBRE

La meta de reducir a la mitad el porcentaje de personas cuyos ingresos están por debajo de la línea de pobreza extrema, ya ha sido cumplida entre 2006 y 2007, mientras que la meta de pobreza ha sido alcanzada entre 2011 y 2012 (la pobreza pasó de 54.4% a 25.8%, mientras que la pobreza extrema se redujo de 23% a 6%). Esto se explica en función a factores como el crecimiento económico sostenido, el incremento del gasto social, la mejor calidad y focalización de los programas sociales, el incremento de la inversión pública, entre otros.

Sin embargo, la reducción de la pobreza ha sido dispar en términos territoriales, dominio rural – urbano, grupo etario, género y etnia, y persisten realidades de exclusión y privación al interior del país. Hay gran variabilidad en el ritmo y la medida de la reducción de la pobreza en los departamentos. Por ejemplo, contrastan las situaciones de San Martín, de cambio positivo pronunciado, y las de cinco departamentos alto-andinos donde la pobreza total sigue siendo superior al 50%: Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Huancavelica y Huánuco.

El crecimiento económico ha sido un factor clave para el incremento del empleo[12], y las mejores condiciones para ciertos grupos de trabajadores se explican en buena medida por el incremento del salario real promedio debido a la fuerte expansión de la demanda de empleo y del salario mínimo real, sobre todo en el grupo de trabajadores más calificados. Sin embargo, un gran desafío es la muy marcada heterogeneidad productiva, donde sectores económicos de alta productividad coexisten con sectores de muy baja productividad, donde precisamente se concentra la mayor cantidad de empleos.

A partir de 2005, los avances relacionados con la niñez e infancia han sido particularmente significativos, y, además del crecimiento económico, se considera entre los factores determinantes: (i) las reformas institucionales y organizativas realizadas por la administración gubernamental pasada y la actual; (ii) el incremento del gasto público (y privado) focalizado en programas de nutrición; y (iii) la alineación de los programas sociales en torno a la Estrategia Nacional CRECER.

Sin embargo, el cambio de los indicadores relacionados con esta meta ha sido heterogéneo, siendo el contraste más profundo entre las áreas urbanas y rurales. Por ejemplo, entre 1991-1992 y 2010-2011 la desnutrición crónica entre niños menores de cinco años descendió 62% en el área urbana, llegando a 10.1%, pero sólo descendió 32% en el mismo período en el área rural, para llegar a 37%. Asimismo, la tasa de personas con déficit calórico a nivel nacional no ha registrado mejoras sostenidas en años recientes, alcanzando un 30% en 2008 (año de crisis internacional) y descendiendo a 27.7% en 2011. Sin embargo, la cifra volvió a subir hasta un 34.7% en el primer trimestre de 2012. Una de las causas del poco avance ha sido el incremento del precio de los alimentos, principalmente entre 2007 y 2010, lo que ha elevado el costo de la canasta alimentaria. Para el año 2012, este costo ha llegado a S/ 151 nuevos soles mensuales por cada persona que conforma un hogar.

• • •

ODM 2: LOGRAR LA EDUCACIÓN PRIMARIA UNIVERSAL

Se ha logrado un avance sustancial hacia la meta de asegurar que, para el año 2015, todos los niños y niñas puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria (tasa neta de matrícula de 96%).

Cabe destacar, como factor significativo para los avances en la matrícula, las transferencias condicionadas de dinero que, desde

[12] Aunque éste se incrementó en una proporción menor al crecimiento económico.

el año 2005, realiza el programa JUNTOS a hogares en situación de extrema pobreza de los distritos rurales más pobres, para incentivar la matrícula y la asistencia de niñas y niños entre 6 y 14 años.

No obstante el progreso, los desafíos que enfrenta el país para garantizar la educación para sus futuros ciudadanos se han ido ampliando y haciendo más complejos a lo largo del tiempo. La calidad de la educación primaria - es decir, su relevancia, pertinencia, equidad, eficacia y eficiencia - es un principal desafío, junto a la superación de las brechas entre la educación en medios urbanos y rurales, y entre la que reciben niños y niñas con castellano como lengua materna y la de aquellos que crecen en contextos lingüísticos distintos.

• • •

ODM 3: PROMOVER LA IGUALDAD DE GÉNERO Y LA AUTONOMÍA DE LA MUJER

Con respecto a la meta de eliminar la desigualdad entre los sexos en todos los niveles de enseñanza (primaria, secundaria y superior) para 2015, se puede afirmar que la brecha de género en el acceso se ha cerrado en el nivel nacional (índice de paridad 1.0 en primaria, 1.02 en secundaria y 1.06 en educación superior).

Entre los factores clave para el avance se encuentran la ampliación de los servicios educativos, los programas sociales dirigidos a niños y niñas en zonas rurales, y el papel que han jugado ciertos actores clave como la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza.

Por otro lado, la *proporción de mujeres entre los empleados remunerados en el sector no agrícola.* Asimismo, las mujeres siguen percibiendo una remuneración 30% menor en promedio que sus pares varones. Dicha persistencia de la inequitativa división sexual del trabajo, junto con las distintas modalidades de la violencia de género, son un factor que obstaculiza el cumplimiento de las distintas metas de este ODM.

• • •

ODM 4: REDUCIR LA MORTALIDAD EN LA INFANCIA

El país ha mostrado un avance sostenido y significativo en la reducción de la mortalidad infantil y de la niñez (17 y 21 por cada mil nacidos vivos, respectivamente), habiendo alcanzado ambas metas seis y cinco años antes, respectivamente, del plazo señalado.

Entre los factores de fondo que han permitido mejores indicadores se encuentra el crecimiento de la economía y la disminución de la pobreza extrema. Donde se ha observado mejor estatus de la mujer en la toma de decisiones frente a su esposo o compañero y la no tolerancia de la violencia de género, ha habido también disminución de la mortalidad infantil.

No obstante los logros, la agenda pendiente no es sencilla ya que la disminución de las muertes infantiles en el país se está tornando más lenta: en un menor nivel de mortalidad los factores causales son más complejos de controlar y resolver.

• • •

ODM 5: MEJORAR LA SALUD MATERNA

El país se encuentra en una posición favorable para alcanzar la meta de reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes (se requiere una reducción adicional de 29%). Con respecto a la meta de lograr el acceso universal a la salud reproductiva, el uso de métodos anticonceptivos tuvo un progreso significativo durante la década de los 90 que no continuó después de 2000.

Por su parte, la reducción de la tasa de fecundidad entre mujeres adolescentes ha sido lenta, y el porcentaje de adolescentes que son madres o están embarazadas por primera vez se ha mantenido en torno a 13% desde hace más de 15 años.

Son varios los factores que han contribuido en los avances hacia el logro del ODM 5. Entre ellos están el amplio consenso político y social respecto a la maternidad saludable; el marco político y normativo favorable; la adecuación intercultural de la atención materna; el mayor financiamiento orientado a resultados y las sinergias que generan los programas sociales, especialmente JUNTOS.

• • •

ODM 6: COMBATIR EL VIH/SIDA, LA MALARIA Y OTRAS ENFERMEDADES

Con respecto a la meta de haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA, las cifras de prevalencia en la población general y entre gestantes de 15-24 años se han mantenido en menos del 1% desde 1996 hasta la actualidad. Sin embargo, datos de 2011 muestran un repunte del VIH y de las ITS en los segmentos más jóvenes de los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y en las personas transexuales y asimismo estudios hechos en trabajadoras sexuales que no acceden al sistema de salud arrojan elevada prevalencia, lo que confirma que la epidemia continúa concentrada en la llamada "población clave".

También se ha logrado detener y comenzar a reducir la incidencia de malaria y otras enfermedades graves, aunque tanto la malaria como la tuberculosis continúan siendo problemas de salud pública importantes. Con respecto a la tuberculosis, las tasas de prevalencia han disminuido en las últimas dos décadas, aunque las formas más resistentes y agresivas de la enfermedad están presentando retos para mantener el control sobre la epidemia.

En general, se observa escaso avance en la lucha contra la discriminación, especialmente contra las personas viviendo con VIH, los HSH y la población transgénero.

• • •

ODM 7: GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD DEL MEDIO AMBIENTE

Con respecto a la meta de incorporación de los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales, e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente, el uso de energía por unidad del PBI en el país se encuentra en crecimiento pero es todavía relativamente bajo; en la región solo se supera ligeramente a Bolivia. Al mismo tiempo, las emisiones de dióxido de carbono han venido aumentando y se considera que seguirán en aumento hacia 2015. Las emisiones de gases de efecto invernadero (GEI) han aumentado de manera proporcional con el PBI per cápita y a 2011 fueron estimadas en 5.1 toneladas por habitante. En general, hay también una tendencia al incremento en las emisiones de sustancias agotadoras de la capa de ozono (SAO).

Con respecto a la meta de *reducir la pérdida de biodiversidad*, alcanzando para el año 2010 *una reducción significativa de la tasa de pérdida,* la superficie de tierra cubierta por bosques registró, a 2009, una importante

pérdida de bosque amazónico de 7.9 millones de hectáreas. Con respecto a las especies en peligro de extinción, actualmente 3.3% del total de especies de fauna están amenazadas, en tanto que 3.89% del total de especies de flora se encuentran en igual situación.

Hay progreso importante en la meta de *reducir a la mitad el porcentaje de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento,* mientras que en la última década también se han mejorado las condiciones de vida de los *habitantes de los asentamientos humanos y tugurios*. Asimismo, 38.7% de las viviendas eran de baja calidad en 2011, una mejora frente al 45% una década atrás.

En un contexto de crecimiento acelerado del sector construcción, un factor favorable a estos avances ha sido que, en la última década, desde el Estado se estructuraron programas como MIVIVIENDA y TECHO PROPIO, con metas a mediano plazo. Estos programas ofrecen subsidios para complementar el ahorro de las familias y buscan diversificar los productos financieros inmobiliarios en la banca privada. Han beneficiado a familias pertenecientes a distintos niveles socio-económicos, y que en conjunto involucran a más del 85% de la población urbana del país.

• • •

ODM 8: FOMENTAR UNA ALIANZA MUNDIAL PARA EL DESARROLLO

La primera meta de este ODM, desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas previsibles y no discriminatorias, ha sido cumplida en tanto el grado de apertura de la economía ha aumentado significativamente entre 2000 (0.34) y 2011 (0.54).

El crecimiento económico y el manejo macroeconómico y fiscal responsable han sido factores clave para lograr abordar *en todas sus dimensiones los problemas de la deuda a fin de hacerla sostenible a largo plazo,* y en los últimos años la deuda externa ha dejado de ser un problema que pueda obstaculizar el desarrollo del país y la lucha contra la pobreza.

El Estado peruano ha hecho importantes esfuerzos en la última década para facilitar el acceso de los ciudadanos a los medicamentos, en particular mujeres y niños, y personas que padecen de cáncer y VIH/SIDA. Entre otras medidas, desde 2001 se ha exonerado de aranceles y del pago del Impuesto General a las Ventas a los medicamentos oncológicos y de tratamiento del VIH/SIDA.

En coordinación con la inversión privada, se ha logrado dar mayor acceso a los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular los de las tecnologías de la información y de las comunicaciones, aunque aún haya mucho por avanzar en términos de acceso y cobertura equitativos para las poblaciones más pobres. ●

ODM 1

ERRADICAR
LA POBREZA EXTREMA Y EL HAMBRE

SITUACIÓN
DE UN VISTAZO

Tal como ha sucedido a nivel global, los niveles de pobreza y pobreza extrema han descendido significativamente en Perú desde 1990, pero aún queda mucho por hacer para cerrar las brechas. Esto es especialmente claro para quienes viven en las áreas rurales de la sierra y selva.

La meta de reducir a la mitad, para 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos están por debajo de la línea de pobreza extrema (pobreza monetaria) ya ha sido cumplida entre 2006 y 2007, mientras que la meta de pobreza ha sido alcanzada entre 2011 y 2012. En 1991, el 54.4% de peruanas y peruanos vivía en condiciones de pobreza y el 23% en pobreza extrema, mientras que las proporciones llegaron a 25.8% y 6%, respectivamente, en 2012. No obstante estos logros, al comparar condiciones de pobreza actuales en distintas regiones y grupos poblacionales, se comprueba que la reducción ha sido dispar y que la pobreza aún afecta a más de la mitad de la población en varios departamentos.

En un contexto de crecimiento económico, también se ha avanzado en la segunda meta de este ODM—la generación de empleo pleno y productivo, y trabajo decente—pero no lo suficiente para asegurar trabajo decente para todos y todas en 2015. En la década entre 2001 y 2012, la población ocupada (relación empleo-población en edad de trabajar) pasó de 65.7% a 70.8%. Entre 2004 y 2012, la proporción de la población ocupada con ingresos inferiores a la línea de pobreza extrema disminuyó de 26.7% a 18.3%; y entre el 2004 y el 2011 la proporción de la población ocupada en empleo vulnerable (trabajador independiente o como trabajador familiar no remunerado) se redujo de 50.2% a 44.6%.

Es destacable el avance en la tercera meta de este objetivo, considerando que el país ya ha alcanzado dos de los indicadores necesarios para reducir, entre 1990 y 2015, a la mitad las personas que padecen de hambre. Entre 1991-92 y 2010-11, el porcentaje de niños y niñas menores de 5 años con peso debajo del normal para su edad (insuficiencia ponderal) bajó de 8.8 a 4.1, superando la meta de 4.4% establecida para 2015. En el período comprendido entre 1991 y 2012, la desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años descendió de 37.3% a 18.1%, superándose la meta de 18.7% establecida para 2015.

Fotografía: Programa Mundial de Alimentos

META 1A: REDUCIR A LA MITAD, ENTRE 1990 Y 2015, EL PORCENTAJE DE PERSONAS QUE ESTÉN POR DEBAJO DE LA LÍNEA DE POBREZA EXTREMA

Tendencias nacionales de avance. En el Perú, la meta fue cumplida entre los años 2006 y 2007. La pobreza monetaria se redujo sustancialmente en los veinte años transcurridos entre 1991 y 2011. Según los datos de la Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENNIV), en 1991 el 54.4% de la población vivía en condiciones de pobreza y el 23% en condiciones de pobreza extrema.

Mientras tanto, en 2011 las proporciones habían disminuido a 27.8% y 6.3%, respectivamente, y en 2012 siguieron descendiendo hasta llegar a 25.8% y 6%. Las metas trazadas por el actual gobierno buscan disminuir la incidencia de la pobreza extrema por lo menos a 5% a nivel nacional al año 2016.

Se ha establecido tres indicadores oficiales para esta meta:

1.1 Porcentaje de la población en pobreza extrema
1.2 Coeficiente de la brecha de pobreza
1.3 Proporción del consumo nacional que corresponde al quintil más pobre de la población.

La variación de estos indicadores oficiales entre 2007 y 2011 puede observarse en el **Gráfico 1.**

En los años transcurridos desde el último informe de cumplimiento del país (que incluía información a 2007),[13] ha continuado la situación general de mejoría con respecto a la proporción de personas en condición de pobreza. Entre los años 2007 y 2011, la incidencia de la pobreza se redujo en 17.9 puntos porcentuales (y en 19.9 si se toma la incidencia de la pobreza de 25.8% en promedio nacional en 2012), en la costa 11.5, en la sierra 16.6 y, finalmente 20.6 puntos porcentuales en la selva. La pobreza extrema también se redujo en el mismo período, aunque en menor medida que la pobreza total (en 5.2 puntos entre 2007 y 2012); con respecto a 2011, cayó en 2 y en 3.5 puntos porcentuales en la sierra y en la selva, respectivamente.

Las medidas de intensidad de la pobreza también han evidenciado mejoras en los últimos años. Así, la brecha de la pobreza (es decir, la diferencia promedio entre el gasto total per cápita de todas las personas en condición de pobreza respecto del valor de la línea de pobreza), se redujo de 14.2 a 7.8 en el período 2007-2011, es decir en 6.4 puntos.

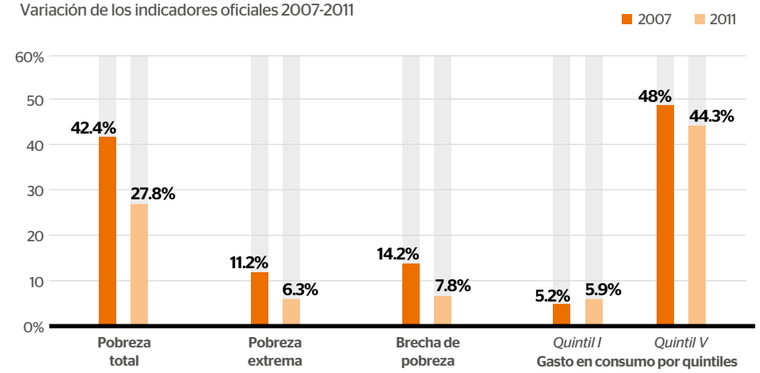
La situación general ha mejorado, pero persisten la brechas. La reducción de la pobreza ha sido dispar en términos territoriales de dominio rural – urbano, grupo etario, género y etnia, y persisten realidades de exclusión y privación al interior del país. El **Gráfico 2** ilustra estas disparidades persistentes.

Hay gran variabilidad en el ritmo y la medida de la reducción de la pobreza en los departamentos. Por ejemplo, contrastan las situaciones de San Martín, de cambio positivo pronunciado, y las de cinco departamentos alto-andinos donde la pobreza total al 2011 alcanzó una prevalencia mayor al 50%: Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Huancavelica y Huánuco. Cabe mencionar que la tasa de pobreza extrema durante el año 2011 superó el 20% en Apurímac, Cajamarca y Huánuco.

La desigualdad entre los ámbitos urbano y rural sigue siendo muy marcada. La ruralidad aparece como una característica predominante de las condiciones de pobreza, pues más de la mitad de las personas que habitan en las zonas rurales son pobres y, para el año 2012, el 19.7% tiene ingresos inferiores a la línea de pobreza extrema; mientras tanto, 1.4% de la población en áreas urbanas estuvo en situación de pobreza extrema. La brecha de pobreza fue de 18.7% en el área rural y de 4.0% en el área urbana en el 2011 – en otras palabras, los hogares pobres rurales son casi cinco veces más pobres que los del área urbana; a pesar de la diferencia, de todas maneras hay una mejoría con respecto al año 2007.

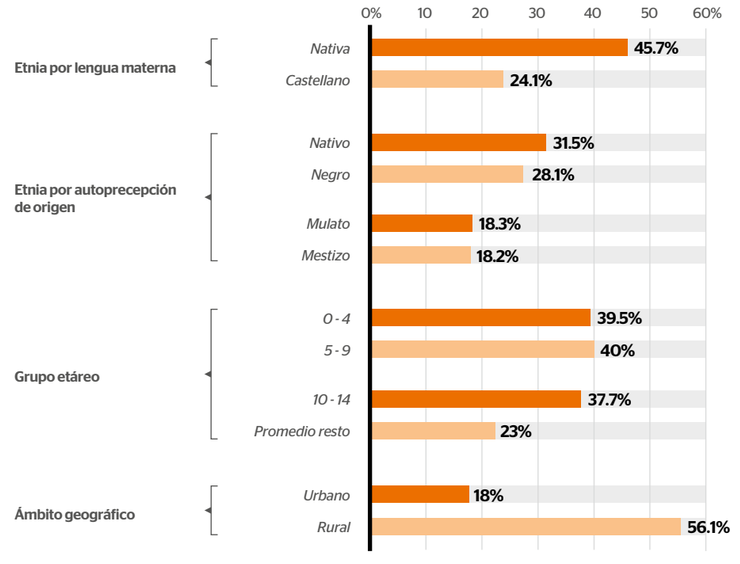
[13] Sistema de las Naciones Unidas en Perú/Presidencia del Consejo de Ministros, *Informe de cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio Perú 2008: Resumen Ejecutivo.* Lima, 2010.

GRÁFICO Nº 1
Variación de los indicadores oficiales 2007-2011



Fuente: Informe Técnico, Evolución de la pobreza 2007-2011. INEI.

GRÁFICO Nº 2
Tasa de incidencia de pobreza según distintos ámbitos, 2011



Fuente: Informe Técnico, Evolución de la pobreza 2007-2011. INEI.

*

EN 1991 EL 54.4% DE LA POBLACIÓN VIVÍA EN CONDICIONESDE POBREZA Y EL 23% EN CONDICIONES DE POBREZA EXTREMA. MIENTRAS TANTO, EN 2011 LAS PROPORCIONES HABÍAN DISMINUIDO A 27.8% Y 6.3%, RESPECTIVAMENTE, Y EN 2012 SIGUIERON DESCENDIENDO.

*EN 2011, EL 25.4% DE LOS HOGARES DEL PAÍS ERA CONDUCIDO POR MUJERES; LA MAYORÍA DE LOS HOGARES DONDE LA JEFATURA ES EJERCIDA POR UNA MUJER SON HOGARES MONOPARENTALES, EN LOS QUE LA RESPONSABILIDAD RECAE SOLA Y EXCLUSIVAMENTE EN LA JEFA DE HOGAR.

Fotografía: Francis Ric / UNICEF Perú

La reducción de la pobreza no ha tenido un correlato proporcional en el cambio hacia una distribución del ingreso más equitativa. Según la ENAHO, en el 2012, la proporción del gasto en consumo correspondiente a la población del primer y quinto quintil fue de 6% y 44.4%, respectivamente, mientras que para el año 2007 dichas cifras fueron de 5.2% y 48%, respectivamente. Asimismo, el cálculo del coeficiente de *Gini* de ingreso per cápita mensual, de 0.449 en el 2011, corrobora el hallazgo de la persistencia de la desigualdad y del progreso menos significativo con respecto a años anteriores.

En cuanto a los grupos etarios más vulnerables, las estadísticas muestran que al 2011 el grupo etario menor de 14 años es el más vulnerable a la pobreza: a nivel nacional, el 40% de niñas y niños menores de 10 años y el 37% en el grupo etario de 10 a 14 años son pobres. En el área rural la vulnerabilidad de las niñas y niños a la pobreza es más pronunciada: el 68% de niñas y niños de 0 a 10 años y el 64% en el grupo etario de 10 a 14 años son pobres.

La etnia es también una característica preponderante asociada a la pobreza. A nivel nacional, está en situación de pobreza 31.5% de los hogares con un jefe o jefa de hogar autopercibido como originario (de origen nativo de acuerdo con el INEI) y el 28.1% de los hogares con jefe o jefa de hogar autopercibido como "negro", "mulato" o "zambo". Asimismo, el 45.7% de las personas con lengua materna originaria son pobres, y un 13.5% son pobres extremos. Cabe mencionar que esta última proporción representa una mejoría importante con respecto al 2004, cuando los indicadores fueron de 77.9% y 34.9%, respectivamente.

En cuanto a las desigualdades en los niveles de pobreza por género, existe una mayor vulnerabilidad a la pobreza en detrimento de las mujeres y una desigualdad de oportunidades. Asimismo, existen brechas mayores en detrimento de hogares con jefe/a de hogar autopercibido como "negro", "mulato" o "zambo" (una aproximación a la población afrodescendiente); así, se observa un 21.6% de pobreza en ese tipo de hogares ubicados en la costa, y un 56.5% en los ubicados en la sierra. Esta situación es usualmente soslayada en beneficio de la visibilización de la pobreza de la población originaria (quechua, aymara y otras).

En 2011, el 25.4% de los hogares del país fue conducido por mujeres; la mayoría de los hogares donde la jefatura es ejercida por una mujer son hogares monoparentales en los que la responsabilidad recae sola y exclusivamente en la jefa de hogar. La vulnerabilidad a la pobreza de estos hogares es alta: en 2011, una cuarta parte (25%) de estos hogares estuvo en condición de pobreza, en comparación con el 13.5% de pobreza de los hogares monoparentales encabezados por hombres.

La situación se agrava en el área rural: allí, el 49% de los hogares monoparentales encabezados por mujeres es pobre, en contraste con 38.7% en el caso de jefatura de hombres, donde se supone que existe alguien que realiza el trabajo doméstico, lo que evita gastos en estos servicios y libera al jefe y otros miembros del hogar para participar en otras actividades. La pobreza en los hogares con jefatura femenina está asociada con menores niveles de educación, participación desproporcionadamente elevada en empleo vulnerable y diferenciales en remuneraciones de trabajo en detrimento de las mujeres en Perú.

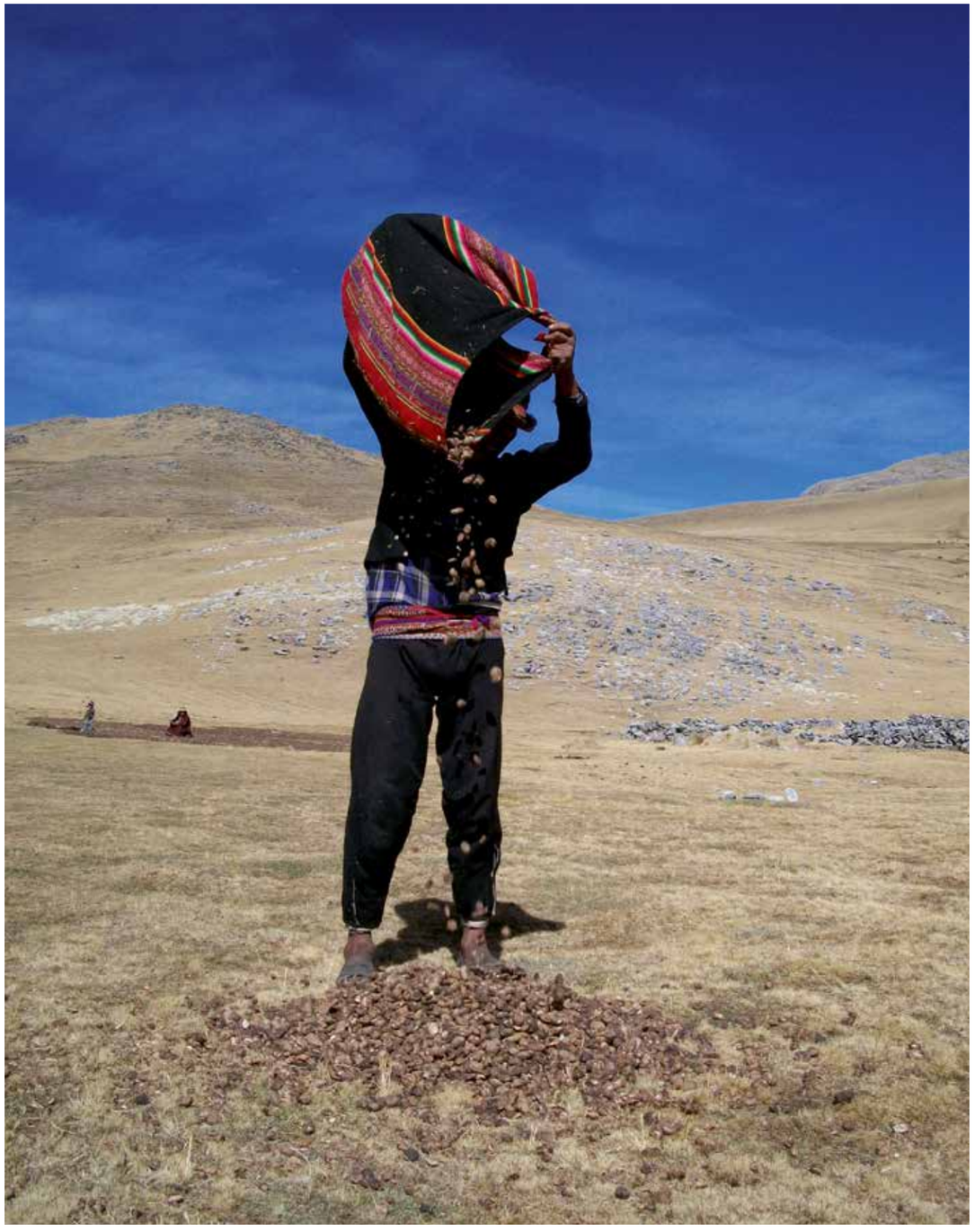
*49%

DE LOS HOGARES MONOPARENTALES ENCABEZADOS POR MUJERES EN EL ÁREA RURAL ES POBRE, EN CONTRASTE CON

38,7%

EN EL CASO DE JEFATURA DE HOMBRES.

Fotografía: SNU



Factores clave para el progreso.

La aceleración del progreso en la reducción de la pobreza monetaria se explica fundamentalmente en función del crecimiento económico sostenido, el incremento del gasto público social (aumentó 63% entre 2005 y 2010, llegando a 9.2% del PBI en 2010), la mejor calidad del gasto público, y el incremento de la inversión pública (subió de 3% a casi 6% del PBI entre 2000 y 2010), especialmente la orientada a mejorar los servicios básicos.[14] Existen otros factores complementarios que han contribuido pero cuyo impacto aún no ha sido plenamente estudiado, como las remesas de peruanos en el exterior.

En la última década, el **crecimiento económico** (con una tasa de crecimiento anual promedio de 5%) vino acompañado de un aumento considerable de la inversión privada, situación que derivó en la creación y aumento de los niveles de empleo así como en un mayor ingreso per cápita en términos reales. Dicho incremento de ingresos se presentó en todos los deciles, ayudando a la reducción de la pobreza.

Junto con el crecimiento económico, las transferencias directas provenientes de los **programas sociales** han jugado el papel protagónico en la reducción de la pobreza. El **incremento del gasto social** se ha visto traducido en la expansión y creación de programas sociales tales como aquellos de transferencias monetarias directas condicionadas (Juntos), programas de empleo temporal, programas de transferencias no monetarias (servicios de salud y asistencia alimentaria), entre otros. Destaca la creación reciente del Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma, con el propósito de brindar un servicio alimentario de calidad, adecuado a los hábitos de consumo locales, y cogestionado con la comunidad, para niñas y niños del nivel de educación inicial a partir de los tres (3) años de edad y del nivel de educación primaria de la Educación Básica en instituciones educativas públicas. A esto hay que sumar la creación en 2011 de un ente articulador de las políticas e intervenciones en materia social: el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS). Su creación es promisoria para la futura reducción de la pobreza y la desigualdad dado, el rol rector del MIDIS en la política social y en la articulación de los programas sociales. La **inversión pública** también ha aumentado de manera significativa y decisiva durante este período.

5% FUE LA TASA ANUAL PROMEDIO DE CRECIMIENTO DE LA ÚLTIMA DÉCADA, QUE VINO ACOMPAÑADO DE UN CONSIDERABLE AUMENTO DE LA INVERSIÓN PRIVADA.

No sólo ha aumentado la cantidad de recursos y programas, sino también se han realizado esfuerzos para mejorar la **calidad del gasto público.** Se ha implementado un esquema de gestión por resultados y de presupuestos por resultados (PPR), orientando así la política del Estado en políticas basadas en evidencias, articulando planes y presupuestos en áreas prioritarias. En este sentido, la exigencia de una rigurosidad en el análisis de los productos, resultados, indicadores de seguimiento y demás variables que determinan el desempeño de los programas, proyectos o instituciones busca establecer una gestión eficiente de los recursos, alocándolos principalmente (pero no únicamente) en aquellos factores que muestran resultados favorables. Según la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza, la implementación de los PPR ha abierto nuevas posibilidades al permitir mayor articulación en las intervenciones del Estado, al exigir procesos

[14] Cifras del portal Transparencia Económica del Gobierno del Perú," Consulta de Ejecución del Gasto".

permanentes de coordinación y concertación, y al promover mayor eficacia y eficiencia en los programas y proyectos sociales. [15] Sin embargo, siguen siendo considerables los problemas de calidad de implementación y de ritmo de ejecución del gasto.

Como en otros países latinoamericanos, los **programas de transferencias monetarias condicionadas y no monetarias** han tenido un papel particularmente importante en estas mejoras. El Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres (Juntos), instrumento clave de la política social peruana en años recientes, incide en la reducción de la pobreza al ampliar el ingreso disponible de las familias, a la vez que promueve mejoras en aspectos básicos de desarrollo como la nutrición infantil, educación y la utilización de servicios de salud, complementando el impacto de medidas de protección social como el Seguro Integral de Salud, para los hogares en situación de pobreza extrema.[16] Por ejemplo, la mejor situación para la población rural e indígena (caracterizada por lengua materna originaria) parece estar muy asociada a estos programas de transferencias condicionadas.

Principales barreras. Hay una serie de razones que explican las limitaciones en la reducción de la pobreza y la desigualdad. La primera se refiere a la **naturaleza del crecimiento económico** del Perú: el mismo es determinado primordialmente por los sectores primario-exportadores que son intensivos en el uso del capital (y no de la mano de obra). El crecimiento significativo del sector servicios, por otro lado, está asociado al uso de mano de obra de baja productividad y bajos salarios. En este sentido, si bien el crecimiento sostenido de la economía ha implicado un mejoramiento generalizado en el ingreso disponible para las familias, la naturaleza del crecimiento sólo ha contribuido de manera limitada al cierre de brechas. La segunda razón está relacionada con la **alta informalidad del empleo**, vinculada al ejercicio limitado de los derechos laborales, bajas remuneraciones y falta de acceso a los servicios sociales básicos (al respecto, consultar la sección de este capítulo sobre la meta 1b). La baja productividad y bajos salarios son especialmente limitantes para la lucha contra la pobreza extrema en el sector agropecuario.

Por el lado de la acción gubernamental, resalta también como barrera la **limitada capacidad para recaudación de impuestos;** la presión tributaria de 16% está aún por debajo de los promedios latinoamericanos y de la meta de 18% establecida en el Acuerdo Nacional para 2016. Esto limita los recursos disponibles para los programas sociales (incluyendo esquemas de transferencias y servicios universales de calidad) y la inversión pública. Asimismo, en un contexto de aumento de los recursos públicos se ha puesto en evidencia como barrera, y como desafío para el futuro inmediato, superar la **limitada capacidad de entidades públicas** para la ejecución de recursos en inversiones y gestión de programas, especialmente en los niveles sub-nacionales. Por ejemplo, según cifras del Ministerio de Economía y Finanzas, incluso después de varios años de mejoras, en 2012 los gobiernos locales ejecutaron en promedio sólo 67.3% de sus presupuestos, los gobiernos regionales ejecutaron 79.5%, y el gobierno central llegó a 82.5%.

A pesar de las mejoras recientes, persiste una **limitada capacidad para focalizar eficazmente,** es decir, identificar a los potenciales usuarios de los programas sociales y dirigir los esfuerzos hacia los que verdaderamente requieren la intervención. Falta mejorar la focalización, así como articular más plenamente los programas focalizados con las políticas y programas de carácter universal en los distintos sectores. Asimismo, hay aún **limitada articulación entre iniciativas privadas e intervenciones públicas** orientadas a reducir la pobreza, a pesar de que ha aumentado el número de empresas involucradas en proyectos para aliviar la pobreza y promover el desarrollo local.

Finalmente, otro factor que se constituye en barrera para salir de la pobreza es la **baja calidad de los servicios públicos básicos,** en particular educación y salud, en términos de recursos humanos bien capacitados, materiales e infraestructura, entre otros. Es decir, se debe lograr un manejo más eficiente, efectivo y transparente de los recursos públicos. Estos son los servicios a los que accede mayoritariamente la población en situación de pobreza. Actualmente, el MIDIS se encuentra en proceso de elaboración de planes y estrategias con incentivos para lograr la articulación de los diversos actores involucrados en la política de desarrollo e inclusión, tanto de los diferentes niveles de gobierno como los del sector público y privado.

Desafíos emergentes. Un desafío fundamental para la lucha contra la pobreza y la desigualdad es empezar a entender y medir estos fenómenos desde una perspectiva más amplia de desarrollo humano sostenible. Los avances en la reducción de la pobreza en términos monetarios son muy valiosos, pero no se debe olvidar que es un fenómeno multidimensional, relacionado con barreras sociales y económicas, así como culturales, ambientales y políticas. Para capturar más plenamente las tendencias en el bienestar e inclusión de las peruanas y peruanos, el cálculo de la desigualdad medido a través del ingreso o el gasto per cápita debe combinarse con otras medidas que muestren las múltiples dimensiones que caracterizan la pobreza y la desigualdad. En este sentido, el **índice de la pobreza multidimensional (IPM),** utilizado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en el Informe Global de Desarrollo Humano 2010, constituye un avance importante con respecto a aportes previos como el índice de necesidades básicas insatisfechas.

El IPM toma en cuenta las carencias multidimensionales que sufren las personas

[15] Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza, *Seguimiento concertado a los programas presupuestales estratégicos: Guía metodológica.* Lima, 2012.

[16] Renos Vakis y Elizaveta Perova, *El impacto y potencial del Programa Juntos en Perú: Evidencia de una evaluación no experimental* (Lima: Juntos y Banco Mundial), 2010.

RECUADRO 1

LA POBLACIÓN EN PROCESO DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL (PEPI)

El Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) ha definido la inclusión social como la situación en la que todos los ciudadanos y ciudadanas, sin excepción, ejercen sus derechos, desarrollan sus habilidades y aprovechan las oportunidades que encuentran en su medio, de manera que ni el origen social ni el lugar de nacimiento o residencia constituyan una traba para la participación en la comunidad nacional en condiciones de igualdad. El primer paso para la construcción de esta política es definir y afinar los medios para identificar a la población que enfrenta este tipo de condiciones, que el MIDIS denomina población en proceso de desarrollo e inclusión social (PePI).

La PePI está definida por los hogares que enfrentan por lo menos tres de las siguientes cuatro características: (i) ruralidad (hogares que residen en centros poblados de 400 viviendas o menos); (ii) rasgos asociados a la exclusión étnica (hogares en los que el jefe o la jefa de familia, o su cónyuge, aprendieron a hablar en una lengua nativa distinta del castellano); (iii) bajo nivel de educación formal de las mujeres adultas (hogares en los que la jefa de familia, o la cónyuge del jefe de familia, lograron como máximo un nivel de escolaridad de primaria incompleta); y (iv) pobreza (hogares que pertenecen al quintil de ingresos más pobres del país, el 20% más pobre de la población peruana). Según MIDIS, en Perú actualmente el 16.1% de su población (equivalente a 4.86 millones de personas) se encuentra en proceso de desarrollo e inclusión social, la mayoría concentrada en los departamentos de Puno, Cusco, Huánuco, Cajamarca, Ayacucho y Huancavelica.

[17] Enrique Vásquez, El Perú de los pobres no visibles para el Estado: La inclusión social pendiente a julio del 2012, Documento de Discusión DD/12/04 (Lima: Universidad del Pacífico), 2012.

más desfavorecidas en cuanto a niveles de vida o condiciones de vivienda, educación y salud, y su profundidad (consta de 10 indicadores agrupados en estas tres dimensiones). Contribuye a evidenciar las interrelaciones existentes entre las carencias, y constituye una herramienta valiosa para la elaboración de una política pública de reducción de la pobreza, entendida como proceso de inclusión económica y social. De acuerdo con un estudio reciente[17], en 2011 la pobreza multidimensional fue de 39.85%, 12 puntos porcentuales por encima del cálculo de pobreza monetaria. Ello implicaría que había 3 600 000 personas en situación de pobreza que no estaban siendo consideradas como tales. Cabe señalar, en este sentido, que el MIDIS está avanzando en la identificación de personas en situación de exclusión y pobreza que no habían sido adecuadamente atendidas, priorizando así sus intervenciones en un grupo de peruanos y peruanas cuyas características se encuentran asociadas al proceso de exclusión en el país, denominados "Población en Proceso de Desarrollo e Inclusión Social" (PePI). El MIDIS ha definido un conjunto de indicadores emblemáticos sobre los cuales se han fijado metas para el año 2016 **(ver Gráfico 3)** tanto a nivel nacional como para la PePi y de este modo avanzar hacia el cierre de brechas entre la población con mejores condiciones de vida y la más excluida. En línea con el trabajo hecho por el MIDIS, el SNU buscará contribuir a fortalecer las capacidades nacionales para el cálculo del IPM y su utilización para la gestión de la política pública.

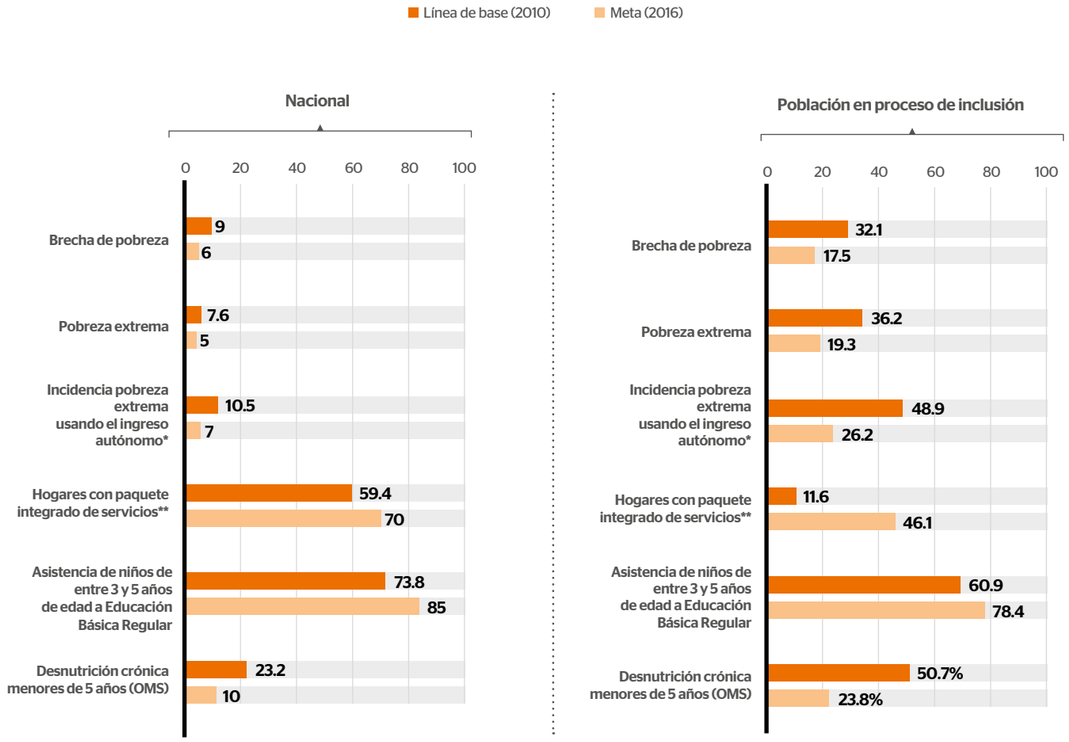
Las tendencias emergentes que podrían plantear situaciones riesgosas para los avances alcanzados hasta la actualidad en la meta 1a incluyen la **descentralización del Estado,** donde la transferencia de responsabilidades de política pública a los gobiernos regionales y municipios podría constituir un factor negativo si se implementa sin estar acompañada por el fortalecimiento de capacidades y sistemas de gestión en estos niveles de gobierno.

Asimismo, el cambio climático y la constante amenaza del Fenómeno del Niño aumentan los **riesgos de eventos naturales** que pueden derivar en situaciones de desastre si no se mejora la limitada capacidad de gestión de riesgos de los gobiernos y comunidades, sobre todo los actores sub-nacionales. Este desafío es especialmente pertinente porque las poblaciones en situación de pobreza y exclusión son las más vulnerables a los efectos del cambio climático y los desastres naturales. Si no se actúa en esta área, podría haber un impacto muy negativo en productividad agropecuaria y en agro-exportación que afectaría con especial severidad a estas poblaciones. Los efectos del cambio climático usualmente destruyen sus activos y limitan seriamente sus medios de vida, cortando las posibilidades de generación de ingresos.

Por otra parte, es importante tomar medidas para asegurar **la sostenibilidad de los programas y políticas** que buscan la reducción de la pobreza. La historia de las últimas décadas sugiere el riesgo de cambios de políticas con cada elección nacional o sub-nacional. Es necesario fortalecer la articulación de los programas sociales con planes y objetivos de largo plazo y seguir estableciendo prioridades claras en los presupuestos nacionales y sub-nacionales.

Finalmente, para apoyar cualquier proceso de mejora en las políticas y programas públicos, así como del seguimiento desde el estado o sociedad civil, es preciso mejorar aún más la disposición de **información estadística confiable, oportuna y desagregada** acerca de las condiciones sociales y económicas de la población. La persistencia de brechas profundas entre peruanas y peruanos confirma la necesidad de mirar más detenidamente el nivel sub-nacional y de incorporar criterios multidimensionales en el diseño, ejecución y seguimiento de programas públicos.

GRÁFICO Nº 3
MIDIS: Indicadores Emblemáticos y Metas Nacionales para la PePI al 2016



1. Calculado a partir de las bases de datos que contienen la actualización de la metodología de cálculo de pobreza publicado por el INEI en abril 2012.
2. Aproximado a partir del gasto per cápita del hogar neto de transferencias y donaciones públicas.
3. Agua desagüe, luz, y telefonía.

Fuente: ENAHO, ENDES 2010

Sin duda se trata de metas ambiciosas y el MIDIS asume el reto con la convicción de lograr todo lo propuesto para el beneficio de los peruanos más necesitados y de esta manera aportar a la reducción de las diferencias sociales en nuestro país.

Fuente: MIDIS (2012)Una política para el desarrollo y la inclusión social en el Perú

META 1B: LOGRAR EL EMPLEO PLENO Y PRODUCTIVO, Y EL TRABAJO DECENTE PARA TODOS, INCLUIDAS LAS MUJERES Y LOS JÓVENES

Tendencias nacionales de avance. El mercado de trabajo es un factor fundamental para el desarrollo humano sostenible, para la inclusión y para la reducción de la pobreza monetaria. Para reflejar la importancia del empleo pleno y productivo, y el trabajo decente, la segunda meta del ODM 1 fue aprobada en 2007, con los siguientes cuatro indicadores:

1.4. Tasa de crecimiento del PBI por persona ocupada
1.5. Relación empleo-población en edad de trabajar
1.6. Proporción de la población ocupada con ingresos inferiores a la línea de pobreza extrema
1.7. Proporción de la población ocupada que trabaja por cuenta propia o como trabajador familiar no remunerado

Se ha avanzado en esta meta en la última década, pero no lo suficiente para asegurar trabajo decente para todos en 2015. Desde 2001, el PBI por persona empleada ha aumentado cada año excepto en dos: 2002-2003 y 2008-2009. Entre 2001 y 2011, la relación empleo-población en edad de trabajar pasó de 65.7% a 70.9%. Entre 2004 y 2011, la proporción de la población ocupada con ingresos inferiores a la línea de pobreza extrema disminuyó de 26.7% a 19.7%; y la proporción de la población ocupada como trabajador independiente o como trabajador familiar no remunerado se redujo de 50.2% a 44.6% en el mismo período.

Con respecto al primer indicador de la meta 1b, el **PBI por persona ocupada** pasó de 10,654 soles a 14,677 mil soles de 1994 (poco más de 31 mil soles de 2011) entre 2004 y 2011 en términos reales, lo cual representa un crecimiento del 37.8% de la productividad laboral. El crecimiento de este indicador es significativo y consistente en todos los años del período analizado. Salvo el año de crisis de 2009, donde el PBI apenas creció 0.9%, la tasa de crecimiento del PBI por persona ocupada ha sido siempre positiva y superior al 3%, llegando en algunos años a superar el 7%. Como señala la OIT, más allá del crecimiento del PBI, el crecimiento del producto por trabajador es importante porque es un determinante clave de la calidad de los empleos y al mismo tiempo, de la competitividad de los países.

En el segundo indicador, las tasas de ocupación de la población (**relación empleo-población** en edad de trabajar) han mostrado una evolución positiva a nivel nacional en los últimos años, pasando de 68.2% en 2004 a 70.8% en 2012 a nivel nacional. El **gráfico 4** nos muestra que esta tasa de ocupación ha estado acompañada de una reducción en la tasa de desempleo que se logró ubicar en 2011 en 4%. En el periodo 2004-2012 la tasa de ocupación de las mujeres creció de 58.8% a 61.9%, mientras que para los hombres varió de 77.7% a 79.8%. En regiones como San Martín, Piura, Madre de Dios, Tumbes, Loreto, Ucayali, Ica, La Libertad y Moquegua, la brecha de género en la relación empleo-población supera los 20 puntos porcentuales.

El porcentaje de trabajadores en situación de pobreza – definido en este informe como la proporción de la población ocupada con **ingresos por debajo de la línea de pobreza** con respecto al total de ocupados - disminuyó considerablemente entre 2004 y 2011, pasando de 39.1% a 26.8%. Asimismo, los trabajadores con **ingresos por debajo de la línea de pobreza extrema** pasaron de representar el 26.7% del total de la población ocupada en 2004, al 19.7% en el año 2011 (y a 18.3% en 2012) como se observa en el **Gráfico 5**, aunque se mantiene la gran brecha entre hombres y mujeres. Esta tendencia es consistente con las cifras observadas de reducción de la pobreza en general.

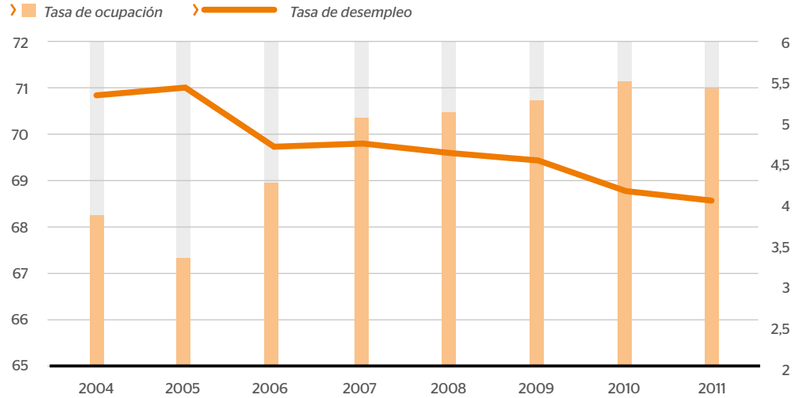
También descendió en la última década la **proporción de la población ocupada que trabaja por cuenta propia o como trabajador familiar no remunerado,** considerado "empleo vulnerable" por la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Esto es una tendencia positiva para la lucha contra la pobreza porque este tipo de empleo está caracterizado por ingresos inadecuados y baja productividad. Asimismo, es más probable que las personas carezcan de condiciones de trabajo y seguridad social apropiadas, y una voz a través de sindicatos y otras organizaciones similares. A nivel nacional, la proporción pasó de 53.1% en 2004 a 47.8% en 2011. La reducción fue más acelerada en el caso de la población femenina, pasando de 61.9% a 54.9% en el mismo periodo.

Desigualdades. En temas de empleo, las brechas persisten tanto a nivel territorial como de género, entre otras dimensiones como los grupos etarios.

En términos de la tasa de crecimiento del PBI por persona ocupada, hay marcada heterogeneidad en la evolución de la productividad a nivel sub-nacional. El promedio de producto por trabajador del país es el promedio de situaciones disimiles entre las diferentes regiones, como se aprecia en el **Gráfico 6**. Regiones como Moquegua, Arequipa y Lima exhiben los niveles más altos de este indicador, en tanto que regiones como Ayacucho, Puno y Huancavelica exhiben los niveles más bajos[18] , lo cual es reflejo no solo de tendencias recientes, sino también de procesos económicos y sociales de largo plazo en estos territorios. En términos de la **tasa de crecimiento** de este indicador, en el periodo analizado, todas las regiones mostraron crecimientos promedio positivos, excepto la región Pasco, que fue la más afectada durante la crisis del 2009. Mientras tanto, los procesos más sostenidos han ocurrido en las regiones de Cusco y San Martín que presentan tasas positivas de crecimiento en cada uno de los años comprendidos entre 2004 y 2011.

Por otra parte, en términos del desempleo total hay diferencias entre las tendencias de desempleo urbano y rural. El desempleo en zonas urbanas es usualmen-

GRÁFICO Nº 4
Evolución de la tasa de ocupación y desempleo 2004 - 2011



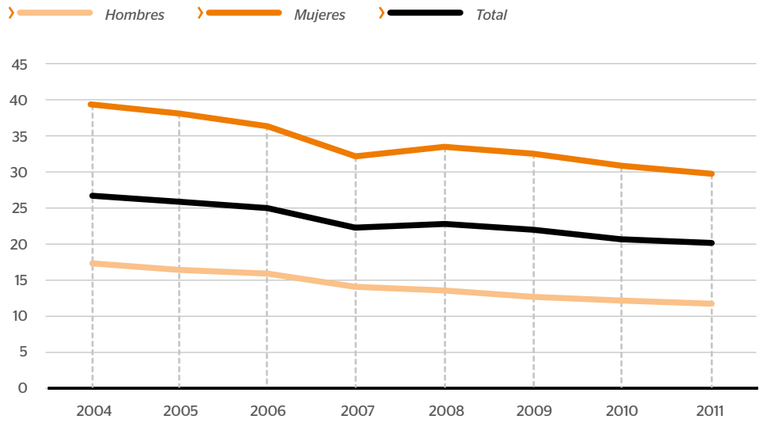
Fuente: Elaborado sobre la base de ENAHO (INEI).

[18] Juan Chacaltana y Gustavo Yamada, Calidad del empleo y productividad laboral en el Perú, (New York: Interamerican Development Bank), 2008.

* ES NECESARIO FORTALECER LA ARTICULACIÓN DE LOS PROGRAMAS SOCIALES CON PLANES Y OBJETIVOS DE LARGO PLAZO Y SEGUIR ESTABLECIENDO PRIORIDADES CLARAS EN LOS PRESUPUESTOS NACIONALES Y SUB-NACIONALES.

* EL PORCENTAJE DE TRABAJADORES EN SITUACIÓN DE POBREZA DISMINUYÓ CONSIDERABLEMENTE ENTRE 2004 Y 2011, PASANDO DE 39.1% A 26.8%.

GRÁFICO Nº 5
Porcentaje de la población ocupada con ingresos por debajo de la línea de pobreza extrema



Fuente: INEI - ENAHO. 2004-2011

te más alto, en tanto que el desempleo en zonas rurales tiende a ser más bajo. Esto no denota una mejor situación laboral en el área rural, sino que refleja las características de las actividades agropecuarias que predominan en la zona rural: son cíclicas y consumen gran cantidad del tiempo del trabajador y trabajadora, pero cuando la demanda de estos sectores baja, hay escasas alternativas y los trabajadores no pasan mucho tiempo en búsqueda activa de ocupación, como sucede con mayor frecuencia en las ciudades. En contraste a las áreas rurales, el desempleo en Lima Metropolitana es alto y alcanzó 7.8% en 2011. En este caso, sin embargo, también se observa una reducción respecto de 2004, en que la cifra ascendía a 10.5% según datos de la ENAHO.

Otra característica del desempleo es que tiene un alto componente juvenil. La tasa de desempleo de los jóvenes cuadriplica la de los adultos, y de cada tres desempleados en el país, dos son jóvenes. Un factor importante a considerar en Perú es la alta incidencia de la categoría llamada "NiNis", es decir, jóvenes que no estudian ni trabajan, así como las características peculiares de este grupo dentro de América Latina. Mientras que, a nivel latinoamericano, se calculaba que en 2009 18.5 de los jóvenes entre 15 y 18 años no trabajaba ni estudiaba, en Perú el porcentaje alcanzaba 26% (más de 750 mil personas). No sólo se destaca la magnitud del fenómeno, sino que, a diferencia de otros países, acá no es principalmente un fenómeno que afecta a los quintiles de menores ingresos.

A nivel regional, en 17 de las 25 regiones la tasa de ocupación ha crecido entre 2004 y 2011. Las regiones en donde esta tasa creció más fueron Ica, Lima, Madre de Dios, Pasco y Ucayali. En siete regiones del país, especialmente en Cajamarca y Huancavelica, este indicador se redujo. Algunos estudios han encontrado que el crecimiento del empleo ha sido diferenciado a nivel de regiones debido al impacto también diferente que ha tenido el contexto internacional. Así, por ejemplo, Chacaltana[19] muestra que en las regiones con mejores dotaciones de recursos naturales para la agricultura, sobre todo de exportación, el empleo ha reaccionado precisamente más rápido frente al incremento de la demanda internacional por productos agrícolas modernos y se ha generado más empleo registrado.

Cabe anotar, sin embargo, que el crecimiento económico del país se ha fundamentado en gran medida en sectores que no son intensivos en mano de obra, entre los que destaca la minería. Por ello, merece especial atención que regiones mineras como Cajamarca y Huancavelica hayan registrado descensos en la tasa de ocupación en un período de crecimiento sostenido.

Colectivos como las mujeres, jóvenes y trabajadores rurales, entre otros, aún presentan brechas significativas en su participación laboral, lo cual es particularmente importante si se considera que también son grupos afectados desproporcionalmente por la pobreza.

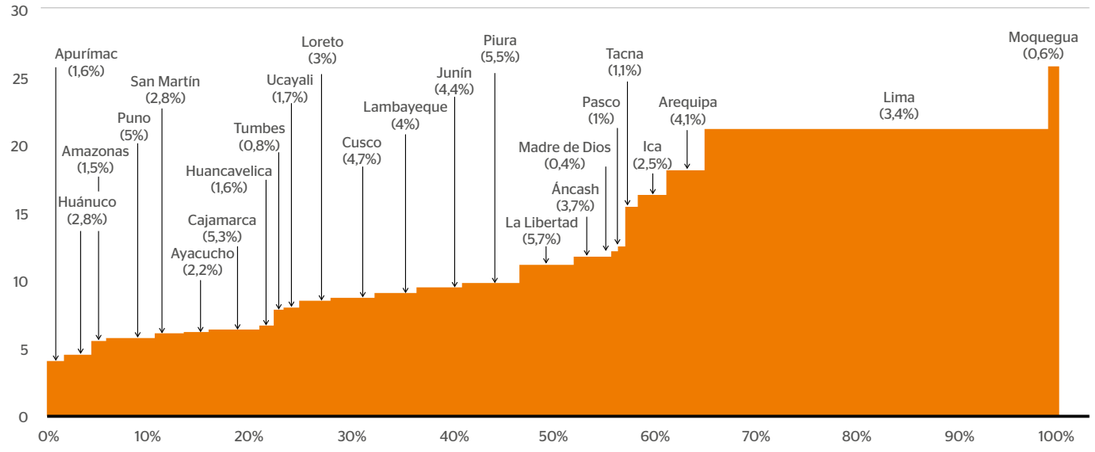
Ciertos grupos poblacionales están sobrerrepresentados en el indicador de trabajadores con ingresos inferiores a la línea de pobreza. En general, las condiciones laborales más adversas se concentran en las mujeres, personas con bajo nivel educativo (que sólo han completado la educación primaria), residentes en zonas rurales y jóvenes que están entre los 15 y 24 años[20]. Sigue existiendo una cantidad desproporcionadamente alta de mujeres en la población ocupada con ingresos inferiores a la línea de pobreza. La diferencia entre la proporción de trabajadores hombres y trabajadores mujeres con ingresos inferiores a la línea de pobreza se ha reducido ligeramente, pero sigue siendo superior a 20 puntos porcentuales

Cabe destacar que la reducción de trabajadores con ingresos por debajo de ambas líneas de pobreza ha ocurrido principalmente en las áreas rurales y regiones de la Sierra y Selva como Ancash, Cusco, Huancavelica, Huánuco y Loreto. En todas estas regiones la proporción de trabajadores pobres y pobres extremos se redujo en más de 19 y 10 puntos porcentuales, respectivamente.

En general, los sectores económicos que emplean a la mayoría de peruanas y peruanos son los de menor productividad y remuneraciones, como agricultura, comercio y servicios, y que en conjunto emplean a cerca de tres cuartas partes de los trabajadores. Crear empleos en los sectores de mayor productividad, como minería y manufactura, por otra parte, requiere de inversiones por trabajador mucho mayores que en otros sectores.

En términos del cuarto indicador de esta meta, la proporción de mujeres con empleo vulnerable sigue siendo alta. La situación es más pronunciada en las regiones de Huancavelica, Puno, Cajamarca, Apurímac y Amazonas. El indicador decreció en casi todas la regiones del país entre el 2004 y 2011, con mayores reducciones en Ancash, Arequipa, Huancavelica, Junín, Loreto y Piura; se incrementó en Lambayeque y Tumbes.

GRÁFICO Nº 6
Perú: producto por trabajador regional, 2011
(Miles de soles (S/.) de 1994)



Fuente: OIT, en base a Cuentas Nacionales y ENAHO (INEI)

[19] Chacaltana, Juan, ¿Por qué el empleo registrado crece en algunas regiones y en otras no? (Lima: CIES) 2008.

[20] Carlos Aramburú y A. Delgado, Economía, políticas sociales y reducción de la desigualdad en el Perú, (Lima: PNUD), 2011.

[21] Organización Internacional del Trabajo, Panorama Laboral 2012 (Lima: OIT/ Oficina Regional para América Latina y el Caribe), 2012.

[22] Cabe destacar que entre agosto 2011 y junio de 2012, el salario mínimo, fue incrementado en dos tramos por el actual gobierno, de 600 a 750 soles, un incremento nominal de 25%.

[23] CEPAL, *Estudio económico de América Latina y el Caribe.* Santiago de Chile, 2012.

[24] Consorcio de Investigación Económica y Social, Empleo informal y políticas de protección social en el Perú (Lima: CIES), 2011

Factores clave para el progreso.

El crecimiento económico sostenido ha sido un factor clave para las mejoras en el empleo. La menor proporción de la población ocupada con ingresos inferiores a la línea de pobreza se explica en parte por el incremento del salario real promedio, debido a la fuerte expansión de la demanda de empleo y del salario mínimo real, sobre todo en el grupo de trabajadores más calificados. El salario real promedio creció casi 21% entre 2004 y 2011,[21] en tanto que el salario mínimo real creció en alrededor de 13% en el mismo periodo, cifras positivas, pero claramente inferiores al crecimiento del producto por trabajador (37%)[22] . Un mayor vínculo entre salarios y productividad permitiría avanzar en una senda de crecimiento del empleo y los ingresos.

Por otra parte, la proporción del empleo vulnerable sobre el empleo total se ha reducido principalmente por el crecimiento del empleo asalariado. Asimismo, el empleo registrado en planillas ha crecido en casi 50% entre el 2000 y 2011, según CEPAL.[23]

Principales barreras. Un gran desafío para mejorar las condiciones laborales es la muy marcada heterogeneidad productiva, donde coexisten sectores económicos de alta productividad, que lideran el crecimiento del PBI, con sectores de muy baja productividad, donde precisamente se concentra la mayor cantidad de empleos. A pesar del dinamismo observado, cabe destacar que al analizar los niveles de crecimiento del PBI por persona ocupada, el Perú aún se encuentra por debajo del promedio de América Latina. Según datos del Banco Mundial (2012), representa menos de la cuarta parte del producto por trabajador de los Estados Unidos y menos de la mitad de la productividad en Chile, por ejemplo.

El incremento del empleo, sobre todo el empleo de buena calidad, ha estado concentrado en aquellos colectivos más preparados para el tipo de crecimiento observado, sobre todo los más calificados. Más aún, se han reportado incrementos en la dificultad de las empresas para encontrar mano de obra sobre todo calificada. El crecimiento de la economía ha provocado el incremento de la demanda por trabajo en varios sectores productivos, y especialmente por trabajo calificado. Sin embargo, ha surgido como barrera para una mejor situación laboral y de reducción de la pobreza, la escasa coherencia entre pertinencia educativa y demanda laboral. En particular, se ha resaltado la falta de recursos humanos capacitados en carreras técnicas en los sectores de mayor crecimiento.

A pesar de la reducción del empleo vulnerable, el número de trabajadores registrados en planilla electrónica aun representa menos del 25% del total del empleo en el país. En este sentido, la reducción del empleo vulnerable debe estar asociada al crecimiento del producto por trabajador pero también a la aparición de regímenes especiales con distintos niveles de beneficios laborales y/o tributarios. Asimismo, deben ampliarse las medidas administrativas para mejorar la detección de infracciones laborales.

La prevalencia de la informalidad en el empleo es clave para entender las barreras hacia el avance en esta meta, y en general hacia la reducción de la pobreza y el hambre. La informalidad laboral es un fenómeno persistente que afecta a toda América Latina, y que afecta especialmente a los más jóvenes. Casi la mitad (47.7 %, según datos de OIT) de la población ocupada en Latinoamérica en el sector no agrícola tenía empleo informal en 2011. El empleo informal en Perú alcanzaría al 79% de la fuerza laboral según un estudio del Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES) de 2011[24]. Esta situación pone en condiciones de vulnerabilidad los derechos de los trabajadores. Sin embargo, tanto CIES como el Banco Mundial (2012) han reportado una disminución del empleo informal en la última década.

Fotografía: SNU

Desafíos emergentes. Un gran desafío para 2015 y más adelante es hacer sostenible e inclusivo, desde el punto de vista laboral, el crecimiento económico del país, para aprovechar la ventana de oportunidad para el desarrollo que ofrece el período actual de crecimiento. Esto requiere de una transformación importante del mercado de trabajo, sobre todo en relación a la reducción de la heterogeneidad productiva, y una senda que conduzca a un cambio drástico en la composición de calificaciones de la fuerza laboral. En este contexto, urge mejorar el actual sistema de formación de la fuerza laboral del país, articulando la educación con el mercado laboral.

Uno de los principales desafíos para alcanzar la meta 1b está en la mejora de la productividad. Las estadísticas muestran que el Perú es un país todavía con bajos niveles de producto por trabajador y aunque este indicador ha crecido en los últimos años, aún se encuentra rezagado en comparación con otros países de la región y del mundo. Frente a la heterogeneidad en este factor, se requiere del fortalecimiento de las medidas para promover la productividad en los sectores que emplean a la mayor parte de la fuerza laboral y, sin embargo, exhiben bajas tasas de productividad, como la agricultura. Al mismo tiempo, cabe estudiar políticas para desarrollar sectores productivos intermedios que puedan vincular a los sectores de alta productividad, donde la creación de nuevos puestos de trabajo es costosa, con los sectores de baja productividad, procurando reducir las inequidades entre hombres y mujeres en el mercado de trabajo.

Con tasas de desempleo bajas, otro objetivo central debería ser facilitar la transición de la informalidad a la formalidad. Para ello se debe enfatizar el incremento sostenido de la productividad, sobre todo del sector de trabajadores por cuenta propia y de las empresas más pequeñas; analizar las limitaciones que existen en los sistemas regulatorios, registrales, de pago de impuestos y trámites; mejorar sustancialmente los mecanismos de fiscalización con el objetivo de aumentar el costo de oportunidad para una empresa de mantenerse en la informalidad; y debatir a través del diálogo social informado sobre las causas de la informalidad, y los factores que impulsan la formalidad. Asimismo, es necesario identificar claramente cuáles factores permitieron que la informalidad disminuya en la última década y utilizar esta evidencia para informar nuevas políticas de formalización. ●

* LAS ESTADÍSTICAS MUESTRAN QUE EL PERÚ ES UN PAÍS TODAVÍA CON BAJOS NIVELES DE PRODUCTO POR TRABAJADOR, AUNQUE ESTE INDICADOR HA CRECIDO EN LOS ÚLTIMOS AÑOS.

META 1C: REDUCIR A LA MITAD, ENTRE 1990 Y 2015, EL PORCENTAJE DE PERSONAS QUE PADEZCAN HAMBRE

Tendencias nacionales de avance.

El país ha logrado avances importantes en los indicadores relacionados con la tercera meta del ODM 1[25]:

1.8 Porcentaje de niños y niñas menores de 5 años de edad con insuficiencia ponderal o desnutrición global (relación peso-edad), el cual ya ha sido alcanzado por el país.

1.9 Porcentaje de niños y niñas menores de 5 años de edad con desnutrición crónica (relación talla-edad), el cual ha sido alcanzado antes del periodo previsto por el país.

1.10 Porcentaje de la población con déficit calórico, el cual ha mostrado una tendencia irregular y aún no ha llegado a cumplirse.

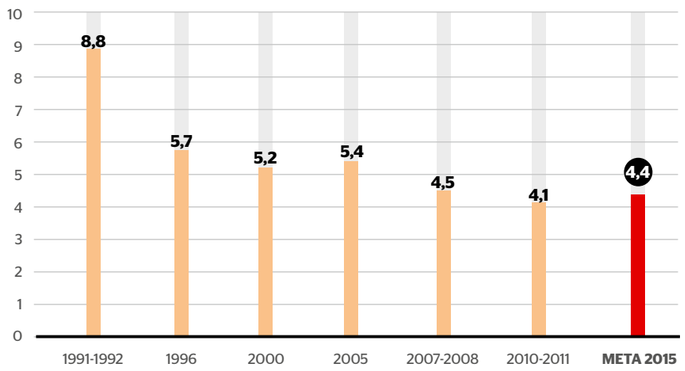
Se ha alcanzado dos de los indicadores necesarios para reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, las personas que padecen de hambre. Entre 1991-92 y 2010-11, el porcentaje de niños y niñas menores de 5 años con peso por debajo del normal para su edad (indicador 1.8) bajó de 8.8 a 4.1, superando la meta de 4.4% establecida para 2015. En el período comprendido entre 1991 y 2012, la desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años (indicador 1.9) descendió de 37.3 a 18.1%, superándose la meta de 18.7%.

En el caso del tercer indicador, sin embargo, la tasa de personas con déficit calórico a nivel nacional no ha registrado una tendencia de mejora sostenida, alcanzando un 30% en 2008 (año de crisis internacional) y descendiendo a 27.7% en 2011. Sin embargo, en el último trimestre de 2012 la tasa alcanzó 31.7% en 2012, según datos de la ENAHO.

Una de las manifestaciones más visibles del hambre es el bajo peso en la niñez, y el indicador de **insuficiencia ponderal** mide este factor en los niños menores de 5 años. Como se aprecia en el **Gráfico 7**, en el Perú este indicador presentó una evolución positiva de 1991 a 1996, en que pasa de 8.8% a 5.7%. De 1996 a 2005, la tendencia del indicador evidencia un estancamiento para posteriormente, de 2005 a 2011, iniciar nuevamente un proceso de mejora que deriva en que, al culminar el año 2011, la tasa de desnutrición global o deficiencia ponderal sea de 4.1%. Con este nivel se cumple la meta establecida al 2015 de 4.4%.

En cuanto al indicador de desnutrición crónica en menores de 5 años, se registra una evolución claramente positiva en los últimos años. Si se analiza la evolución de este indicador, también según el patrón OMS, se aprecia que la tasa de desnutrición crónica infantil en niños menores de cinco años ha pasado de 28.5% en 2007 a 19.5% en 2010-2011, y la cifra preliminar del INEI para 2012 es de 18.1%. La reducción experimentada en los últimos años ha permitido, por lo tanto, superar la meta al 2015, de 18.7%. Así, el Perú ha cumplido la meta antes del periodo estimado, pero cabe recordar que los intervalos de confianza (al 95%) de dicho cálculo se encuentran todavía entre 16.9% y 19.3%. Estos avances en la desnutrición crónica son relevantes para todos los ODM en la medida en que es uno de los indicadores más precisos para medir la transmisión intergeneracional de la pobreza y la potencialidad de desarrollo humano de las personas.

GRÁFICO Nº 7
Insuficiencia ponderal en niños menores de 5 años
Patrón OMS



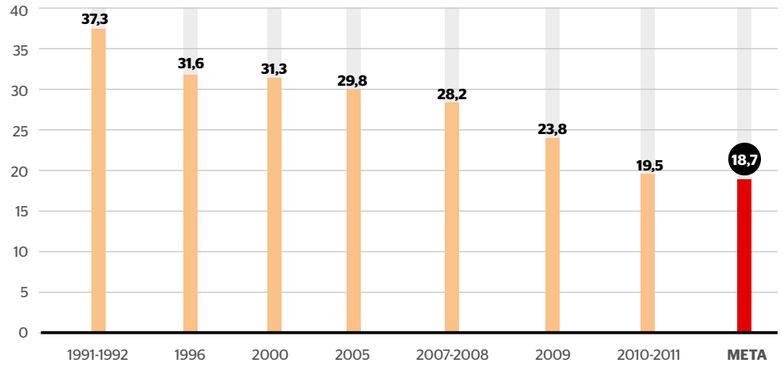
› *Insuficiencia ponderal (peso-edad)*

[25] Las cifras presentadas para esta meta fueron calculadas según el Patrón Internacional de Crecimiento Infantil o "Patrón OMS", estándar internacional más exigente establecido en 2006.

*

UNA DE LAS MANIFESTACIONES MÁS VISIBLES DEL HAMBRE ES EL BAJO PESO EN LA NIÑEZ, Y EL INDICADOR DE INSUFICIENCIA PONDERAL MIDE ESTE FACTOR EN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.

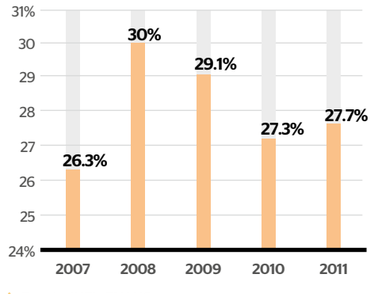
GRÁFICO Nº 8
Tasa de desnutrición crónica
Patrón OMS



› *Fuente: INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 1991/92, 1996, 2000, 2007/2008, 2009/2010 y 2011.*

Desigualdades. El avance en los indicadores relacionados con esta meta ha sido heterogéneo, siendo el contraste más profundo entre las áreas urbanas y rurales. Por ejemplo, entre 1991-1992 y 2010-2011 la desnutrición crónica entre niños menores de cinco años descendió 62% en el área urbana, llegando a 10.1%, pero aún no se alcanza la meta de los ODM.

GRÁFICO Nº 9
Incidencia del Déficit Calórico 2007 - 2009

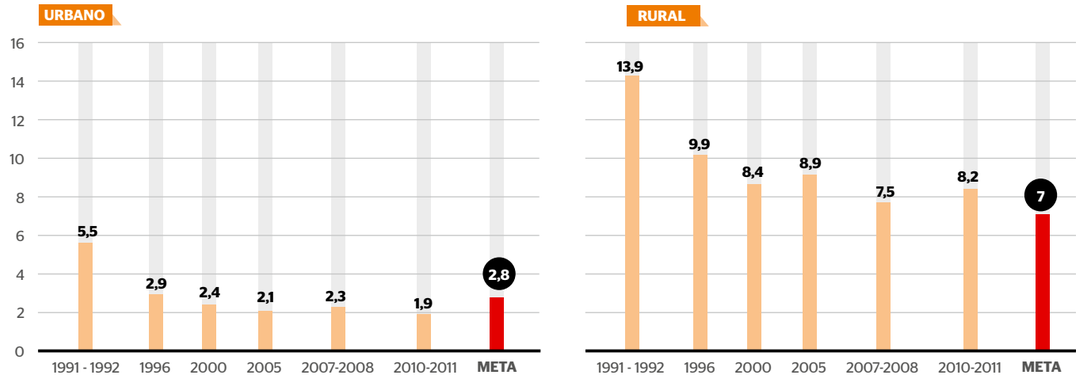


› *Fuente: INEI - ENAHO*

*

LA TENDENCIA DE REDUCCIÓN DEL DÉFICIT CALÓRICO HA SIDO IRREGULAR, OBSERVÁNDOSE UN INCREMENTO ENTRE EL 2007 Y EL 2008, DEBIDO FUNDAMENTALMENTE A LA CRISIS ALIMENTARIA POR EL ALZA DE LOS PRECIOS DE LOS ALIMENTOS.

GRÁFICO Nº 10
Tasa de desnutrición global o insuficiencia ponderal en niños menores de 5 años por ámbito urbano y rural.
Patrón OMS



Fuente: INEI- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 1991/92, 1996, 2000, 2007/2008, 2009/2010 y 2011.

*
A NIVEL DE DEPARTAMENTOS SE APRECIA UNA GRAN HETEROGENEIDAD EN LA EVOLUCIÓN DE LA INSUFICIENCIA PONDERAL EN LOS ÚLTIMOS AÑOS.

sólo descendió 32% en el mismo período en el área rural, para llegar a 37%. Si se considera la meta a 2015 de manera desagregada entre ámbitos urbano y rural, no se ha alcanzado aún los indicadores necesarios para la desnutrición global (peso) y la desnutrición crónica (talla) en el área rural.

Con respecto al indicador de insuficiencia ponderal, el avance desigual por áreas geográficas ha sido notorio. Si bien el área urbana muestra una tendencia sumamente positiva que deriva que, desde el año 2000, se haya logrado la reducción del 50% y que en 2011 la tasa sea de sólo 1.9%, en el área rural, los datos muestran que, si bien hubo un periodo de tendencia favorable que llega al 2008, a partir de ese año la tendencia se revierte, lo cual pone en evidencia un retroceso en el logro de la meta en el área rural del país. Estas tendencias se observan en el **Gráfico 10.**

A nivel de departamentos se aprecia una gran heterogeneidad en la evolución de la insuficiencia ponderal en los últimos años, como se observa en el **Gráfico 11.** De todos los departamentos sólo 9 lograron una evolución favorable, siendo los mayormente favorecidos: Tacna, Arequipa, Piura y Pasco, debido a que el porcentaje de niños menores de 5 años tuvo una reducción superior al 70%. El resto muestra incrementos de diferente nivel en la tasa de insuficiencia ponderal de los niños menores de 5 años, siendo los casos más críticos los que corresponden a Ica, Moquegua y Huancavelica, cuyas tasas se incrementan en más del 50%. Son, asimismo, preocupantes las tasas de departamentos como Loreto, Madre de Dios Ucayali, Junín y Cuzco, dado que la tasa de insuficiencia ponderal de niños menores de 5 años se mantiene por encima del 10%.

Respecto al indicador de desnutrición crónica en menores de 5 años, las desigualdades son más evidentes al comparar la situación del área rural versus la urbana. La información destaca la gravedad del problema de la desnutrición crónica infantil en el área rural, la cual afecta a más de la tercera parte de la población relevante, mientras que en el área urbana la tasa de desnutrición crónica llega sólo al 10%, según el patrón OMS.

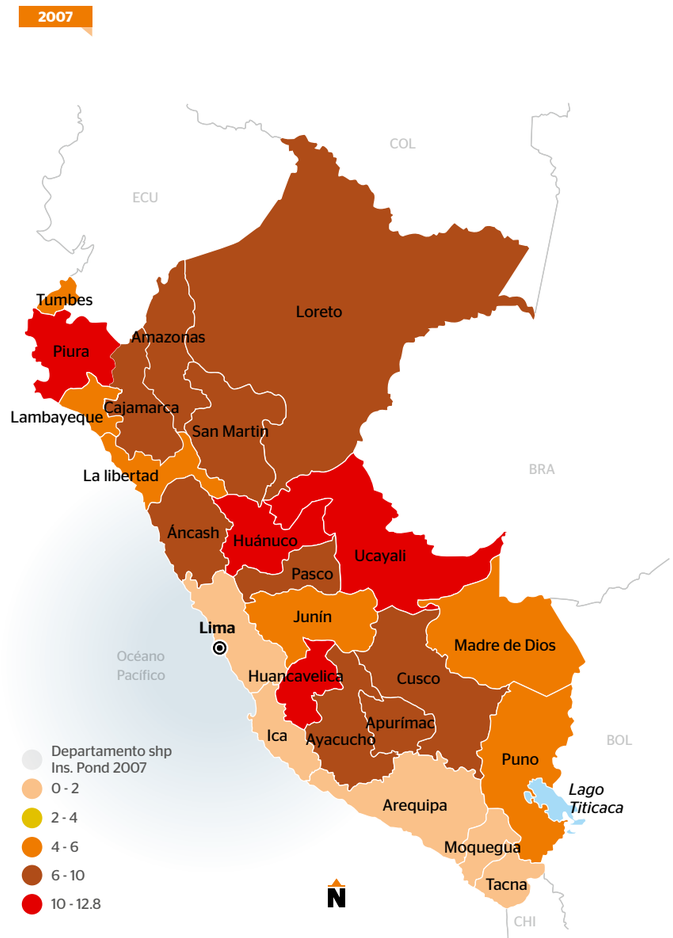
La evolución de este indicador evidencia claramente que las diferencias entre el área urbana y la rural se han ampliado a través del tiempo, dado que en la actualidad el porcentaje de niños desnutridos es 3.6 veces mayor en el área rural que en la urbana, mientras que a inicios de los 90 era el doble y en el 2008 el triple. Sin embargo, cabe destacar la fuerte tendencia positiva del 2005 al 2011, donde la desnutrición crónica del área rural disminuye en casi 10 puntos porcentuales, al pasar de 46.8% a 37%. No obstante, es menester mencionar que el nivel actual se encuentra todavía bastante alejado de la meta de reducción del 50% la desnutrición crónica en esta área.

A nivel de departamentos, si bien ha bajado 4 puntos porcentuales con respecto al año 2011, se aprecia que la situación del departamento de Huancavelica continúa siendo alarmante, ya que todavía más de la mitad de los niños menores de 5 años se ven afectados por la desnutrición crónica. Según el último reporte de ENDES 2012, la tasa de desnutrición crónica infantil en Huancavelica alcanza el 51.3%, y se trata de un nivel prácticamente cuatro veces superior al promedio nacional. El avance nacional de los últimos años, lejos de reducir la brecha, la ha ido incrementando. Otros departamentos que presentan niveles críticos de desnutrición crónica infantil son: Cajamarca, Loreto, Apurímac, Amazonas y Ayacucho. Las tasas de estas regiones alcanzan entre el 30% a 40% de los niños menores de 5 años.

Cabe destacar la evolución favorable entre 2007 y 2011 de los departamentos de Puno, Huánuco, Pasco y Ancash, cuya tasa de desnutrición crónica tuvo una reducción de más de 10 puntos porcentuales. En sentido contrario están los departamentos de Ucayali y Loreto, donde la tasa de desnutrición se incrementó entre el 2007 y el 2011.

En relación al indicador de déficit calórico, la información pone de relieve tendencias distintas en Lima Metropolitana, el resto del

GRÁFICO Nº 11
Mapa por departamentos de los niveles de insuficiencia ponderal



Fuente: INEI - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 1991/92,1996,2000/2010 y 2011

área urbana y el área rural. Asimismo, permite apreciar la tendencia negativa de los últimos años en Lima Metropolitana y áreas urbanas del país. En Lima Metropolitana el porcentaje de personas con déficit calórico en el 2011 fue bastante más alto que en 2007. En el resto urbano la tendencia ha sido a un empeoramiento en los años 2008 y 2009, para descender en 2010 y 2011, aunque sin alcanzar el nivel de 2007. Respecto al área rural se aprecia un fuerte incremento entre 2007 y 2008 para luego descender hasta 38.5% en 2011. No obstante esta evolución positiva, el nivel de prevalencia de déficit calórico en el área rural es 85% más alto que en Lima Metropolitana y 47% superior al del resto urbano.

Cabe destacar que en 10 departamentos del país la prevalencia del déficit calórico afectaba a más de la tercera parte de la población en 2011. Las situaciones más críticas son las que presentan Pasco, Huánuco, Loreto y Apurímac, con tasas superiores al 40%. Una segunda tendencia a destacar, en el sentido contrario, es la observada entre los años 2007 y 2011 en Huancavelica y Ucayali, que redujeron significativamente la tasa de prevalencia de déficit calórico, al pasar el primero de 64.2% a 30.7% y el segundo de 28.1% a 8.5%.

Factores clave para el progreso. A partir de 2005, los avances en los indicadores relacionados con la niñez han sido particularmente significativos y, además del crecimiento económico, se considera entre los factores determinantes de estos avances: 1) las reformas institucionales y organizativas realizadas por el gobierno; 2) el incremento del gasto público (y privado) focalizado en programas de nutrición; y 3) la articulación y coordinación de los programas sociales en torno a los objetivos de estrategias nacionales prioritarias.

Para entender qué elementos han contribuido a los avances frente a la desnutrición infantil en el largo plazo, es preciso considerar un conjunto complejo de factores determinantes. Con respecto a la evolución de los indicadores nutricionales de 1990 a 2011, el país ha pasado por cuatro periodos distintos de cambio: a) reducción constante de la desnutrición hasta 1996; b) estancamiento relativo entre los 1996 y 2005, c) nueva tendencia ascendente a partir del 2005, y d) el período actual.

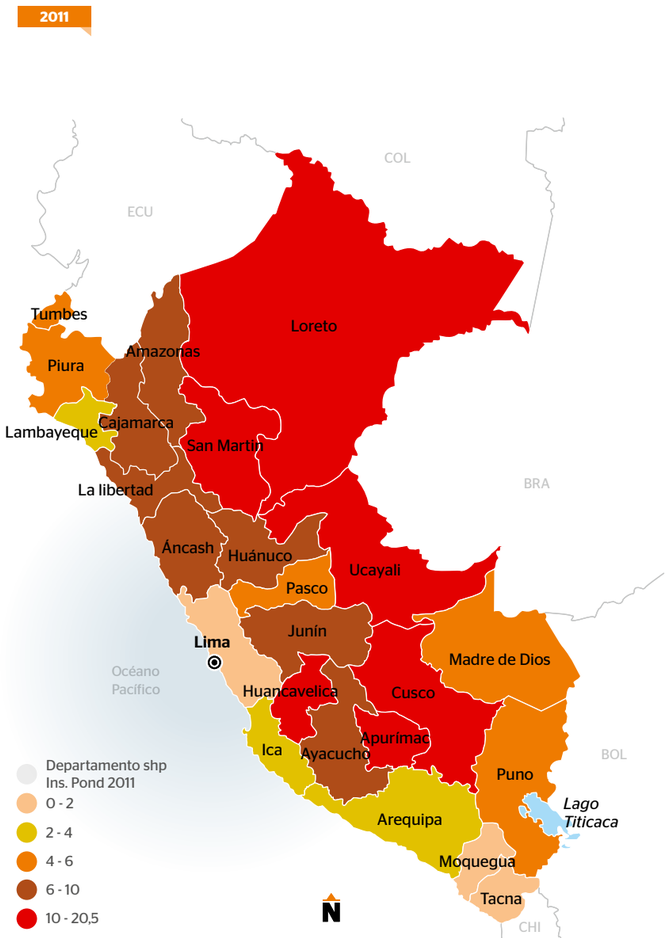
Hasta 1996, los indicadores destacan la importante reducción de la tasa de desnutrición crónica que baja en más de 10 puntos porcentuales entre 1990 y 1996. Esta evolución es fundamentalmente atribuida al notable incremento que experimenta el Gasto Social en el periodo, producto del apoyo al proceso de reformas estructurales, que derivaron en la realización de programas y proyectos, especialmente de salud y nutrición, con alcances básicamente en las causas subyacentes de la desnutrición y efectos en las causas inmediatas (EDAS e IRAS).

Entre 1996 y 2005, no hubo cambios importantes en los indicadores de desnutrición. Solo se aprecia una reducción de la desnutrición urbana, mientras que la rural prácticamente no experimentó variaciones. Se trata de un periodo en que, si bien se contó con el reconocimiento del Estado sobre la importancia de la reducir la desnutrición (plasmado en un primer momento en el Plan Nacional de Nutrición y Alimentación 1998-2000), la implementación esperada no se logró, llegándose al año 2000 con una tasa de desnutrición crónica similar a la de 1996.

Entre 2005-2010 hay una reducción sostenida de las tasas de desnutrición crónica, especialmente las que corresponden al área rural, cuyo descenso equivale a 10 puntos porcentuales. Como factores claves de la evolución de los indicadores nutricionales de este periodo se mencionan, además del crecimiento económico: 1) Las reformas institucionales y organizativas realizadas por el gobierno 2) el incremento del gasto público (y privado) focalizado en programas de nutrición, y 3) la alineación de los programas sociales, con miras a la articulación de las intervenciones, en torno a una Estrategia Nacional denominada CRECER. La implementación del presupuesto por resultados ha sido también un factor positivo desde 2008, junto a la mayor inversión sub-nacional en infraestructura sanitaria.

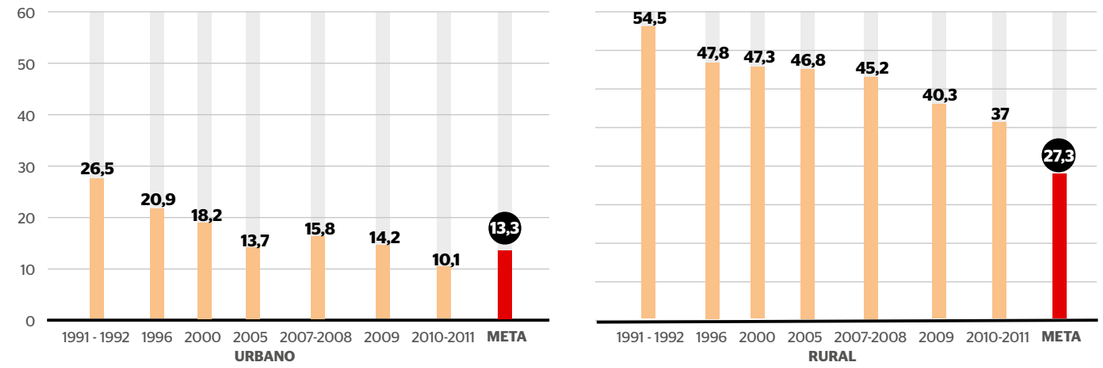
* LA TENDENCIA DE REDUCCIÓN DEL DÉFICIT CALÓRICO HA SIDO IRREGULAR, OBSERVÁNDOSE UN INCREMENTO ENTRE EL 2007 Y EL 2008, DEBIDO FUNDAMENTALMENTE A LA CRISIS ALIMENTARIA POR EL ALZA DE LOS PRECIOS DE LOS ALIMENTOS.

GRÁFICO Nº 11
Mapa por departamentos de los niveles de insuficiencia ponderal



› *Fuente: INEI - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 1991/92,1996,2000/2010 y 2011*

GRÁFICO Nº 12
Tasa de desnutrición crónica (talla) en niños menores de 5 años por ámbito urbano y rural



› *Fuente: INEI -Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 1991/92, 1996, 2000, 2007/2008, 2009/2010 y 2011.*

A partir de 2011, el periodo actual se caracteriza por un giro relevante en la política social del gobierno, que se materializa en la creación del organismo rector de los programas sociales, el MIDIS; el desarrollo de una herramienta de gestión para articular intersectorial e intergubernamentalmente la política social, la Estrategia Nacional "Incluir para Crecer"; el diseño de instrumentos básicos para su implementación expuestos en los "Lineamientos para la Gestión Articulada intersectorial e Intergubernamental orientada a Reducir la Desnutrición Crónica Infantil" y la suscripción del Compromiso Nacional para la articulación de la lucha contra la desnutrición crónica infantil. Se plantea, asimismo, una meta de reducción de la desnutrición crónica infantil para el año 2016 de 10%, lo que implica un compromiso mayor al asumido por el país en el marco de los ODM.

Principales barreras y desafíos emergentes.

La **pobreza** es uno de los principales factores determinantes de la desnutrición y el hambre en todo el mundo. La persistencia de la pobreza y la pobreza extrema continuarán siendo, por lo tanto, grandes barreras y desafíos para la lucha contra el hambre.

Es importante empezar a considerar las tendencias y desafíos relacionados con el hambre y la pobreza dentro un marco más amplio de **seguridad alimentaria**, es decir, apuntando a una situación en que "todas las personas tienen en todo momento acceso físico, social y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos a fin de llevar una vida activa y sana" (FAO).

Con respecto al **déficit calórico**, donde no se ha registrado una mejora significativa, una de las barreras para garantizar la seguridad alimentaria ha sido el incremento del precio de los alimentos, principalmente entre el 2007 al 2010, lo que ha elevado el costo de la canasta alimentaria. Para los siguientes años, es importante entender el impacto de las crisis mundiales de alimentos y de los vaivenes en los precios, con miras a diseñar e implementar medidas preventivas y programas de protección.

GRÁFICO Nº 13
Mapa de la tasa de desnutrición crónica infantil de niños menores de 5 años - Patrón OMS

Fuente: INEI- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2007/2008, 2009/2010 y 2011

Un gran reto que enfrenta el país en la lucha contra la desnutrición es dejar atrás por completo las **intervenciones asistencialistas y aisladas.** Ello es factible a partir de la identificación de los factores más relevantes que influyen de manera positiva sobre las causas inmediatas, subyacentes y estructurales de la desnutrición y la pobreza. Es importante reconocer a la desnutrición crónica como un problema multidimensional, que requerirá esfuerzos desde los sectores de salud, agua y saneamiento, educación, y agricultura. En base a estos factores, se debe definir la estrategia de acción más eficiente y sostenible. La Estrategia vigente, diseñada por el MIDIS, avanza sustantivamente en este sentido al proponer fundamentalmente una gestión articulada para afrontar el reto de disminuir la desnutrición crónica a 10% al año 2016 y la reducción de las brechas entre el área urbana y la rural.

Una política de acción con estas características deberá enfrentar una serie de desafíos concretos en los próximos años. Primero, se debe **hacer operativa la Estrategia Nacional "Incluir para Crecer"** de manera que incida en la disminución de la desnutrición crónica infantil a 10% en 2016, así como en cerrar las brechas nutricionales entre los ámbitos urbano y rural. Para ello, la gestión eficiente de los operadores y la articulación en el territorio se tornan indispensables, y los dos principales retos a enfrentar en dicho tema son: el cumplimiento de los compromisos y las capacidades para actuar.

Asimismo, para las nuevas políticas, es necesario tener estrategias diferenciadas para el área rural y urbana. El reto en el área rural es la implementación de programas que atiendan las causas de la desnutrición de la población rural de manera multidimensional.

Se requiere de programas que se caracterizen por su integralidad para la atención de las principales carencias (salud y educación, especialmente) y del desarrollo de capacidades de la población. Estos programas deben estar orientados a la valoración y respeto de los saberes tradicionales, hábitos de consumo, alimentos, idiomas y culturas. Por otro lado, en el área urbana, dada la mayor densidad poblacional con la que cuenta, es necesario focalizar esfuerzos en aquella población que aún no cuenta con acceso a servicios básicos de salud, saneamiento, educación u otros.

Otro desafío concreto es lograr una **agenda compartida intersectorial e intergubernamental** con miras a que el proceso de la articulación permita el alineamiento de los objetivos y metas de la Estrategia Nacional Crecer para Incluir, y que los diferentes operadores y participantes, tanto a nivel central como local, trabajen unidos en torno a intereses colectivos. Es importante establecer una agenda compartida que comprometa el accionar de los diferentes sectores y niveles de gobierno.

Finalmente, se debe **garantizar la seguridad alimentaria de la población** de un país que ya está siendo afectado por el cambio climático. Ello implica, entre otros aspectos, hacer frente a eventos naturales que afectan regularmente a gran parte de las áreas más pobres y vulnerables del país. Sin las necesarias medidas de adaptación y mitigación, estos eventos pueden tener un impacto negativo en la disponibilidad, acceso y utilización de los alimentos.

En este, sentido, se precisa definir una estrategia operativa para revertir o mitigar los efectos de los eventos naturales y el cambio climático sobre la situación nutricional de las familias. Respecto a los efectos del cambio climático, se plantea necesaria la visualización de los niveles de afectación futuros en los niveles de seguridad alimentaria de la población, para sustentar un programa de acción de mediano y largo plazo.

Fotografía: Antonio Escalante / Proyecto MST-Apurímac / MINAM / PNUD / GEF

PERSPECTIVA REGIONAL DEL ODM 1: LA LUCHA CONTRA LA POBREZA Y EL HAMBRE EN HUANCAVELICA Y LORETO

Huancavelica y Loreto son dos departamentos que muestran grandes brechas con respecto a los avances generales del país hacia el Objetivo de Desarrollo del Milenio 1. Cada uno enfrenta particulares desafíos, pero juntos sus casos ayudan a ilustrar la amplia y ardua agenda pendiente en temas de pobreza y hambre, incluso una vez alcanzadas las metas del país para 2015.

Huancavelica muestra el mayor índice de pobreza del país, así como la mayor tasa de desnutrición de los niños menores de 5 años. No obstante la concentración de esfuerzos públicos, privados y de la cooperación internacional, el avance reciente en el reto de reducción de la desnutrición ha sido limitado. Se aprecia así que, entre el 2007 y el 2011, la tasa de desnutrición crónica infantil de los niños menores de 5 años se redujo sólo en 5 puntos porcentuales, nivel bastante inferior al promedio nacional que fue de 9 puntos.

Los principales obstáculos para que la región mejore sus niveles de vida, y supere la vulnerabilidad en términos de seguridad alimentaria, son cualitativamente similares a los de otros departamentos de la sierra pero agudizados en cada caso. Incluyen la deficiente comunicación vial, la escasa accesibilidad a infraestructura y servicios básicos, la baja calidad de la educación, así como la insuficiente capacidad de inversión de los gobiernos sub-nacionales para mejorar la tecnología agrícola y pecuaria. A ello se adicionan otros factores como las condiciones geográficas y climáticas particularmente extremas, las barreras culturales (idioma mayoritariamente quechua) y las secuelas sociales, políticas y culturales del periodo de violencia en los años 80 y 90, que afectó de manera especial a esta región.

Es evidente la necesidad de articular esfuerzos de manera adecuada especialmente a los desafíos de Huancavelica. Durante los últimos años, varias iniciativas han sido implementadas en la región para luchar contra la pobreza, en los rubros de seguridad alimentaria, mejoramiento de los servicios de salud, incremento y mejoramiento de la calidad y productividad, acceso a servicios básicos, y cadenas productivas incipientes. Si bien los avances aún no están a la altura del resto del país, varias de estas experiencias han sentado las bases para un progreso más sostenido, por ejemplo, al fortalecer las capacidades de las organizaciones sociales.

En 2001, con la creación de la Mesa de Concertación Para la Lucha Contra la Pobreza, se convocó la participación del sector público y privado para elaborar el Plan de Desarrollo Departamental Concertado 2003-2011. En los años posteriores, se inició un proceso de expansión de las mesas de concertación de nivel distrital, que han jugado un papel relevante en la elaboración y seguimiento de los Presupuestos Participativos.

Frente a la necesidad de avances más sustantivos, el Gobierno Regional de Huancavelica viene implementando el "Programa Regional para la Superación de la Pobreza Extrema y Desnutrición Crónica Infantil 2012-2014". Este instrumento de política ha sido elaborado con el apoyo del apoyo del Programa Conjunto de las Naciones Unidas: Infancia, Nutrición y Seguridad Alimentaria, y articula diferentes programas, proyectos y acciones contra la pobreza y a favor del desarrollo de la primera infancia en la región. Cuenta con un presupuesto de 1,482 millones de nuevos soles, plantea reducir la pobreza, la desnutrición crónica infantil y la anemia, así como mejorar el acceso a servicios básicos como agua y saneamiento. La meta de reducción de la tasa desnutrición crónica es de 4,5 puntos porcentuales promedio anuales entre 2011 y 2014.

Loreto, a diferencia de Huancavelica, no ha sido tradicionalmente uno de los departamentos de mayor pobreza. Sin embargo, sus avances recientes han sido lentos: en 2011, la pobreza llegaba a 49.1%, lejos aún de la meta de 35% que la Mesa de Concertación regional considera deseable para 2015. Se entiende que esta falta de avance se debe particularmente a la ausencia de una gestión territorial articulada de las políticas y programas en la región, la cual no ha permitido que los programas sociales tengan el impacto necesario.

Mientras que el ritmo de reducción de la pobreza ha sido lento, Loreto es uno de los departamentos donde los indicadores nutricionales muestran un retroceso o agravamiento. Entre 2007 y 2011, la tasa de desnutrición crónica infantil pasó de 32.3% a 34.2% respectivamente. El agravamiento de esta situación se deriva de la problemática de inseguridad alimentaria que vive un gran porcentaje de la población, al que se añaden los problemas sanitarios que afectan mayormente a la niñez. La información relativa a la disponibilidad de alimentos evidencia que la agricultura de la región Loreto es incipiente, con un nivel tecnológico muy bajo y que, en los últimos años, la producción de alimentos y las áreas cultivadas han tenido una tendencia descendente.

El acceso a los alimentos en la región Loreto se constituye como el principal problema de la seguridad alimentaria, principalmente por la baja capacidad económica de la población para adquirirlos, en especial por el alto costo de los mismos, por las condiciones de aislamiento de muchas zonas y los niveles de pobreza y pobreza extrema de la población en comunidades dispersas. La región, asimismo, enfrenta problemas de accesibilidad a los servicios públicos y baja calidad de los mismos, en particular los servicios educativos y de salud, lo cual repercute de manera significativa sobre los determinantes de la desnutrición infantil.

Frente a esta problemática, la región ha planteado la Estrategia Regional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (ERSAN 2012-2022), creándose un comité multisectorial para su implementación y construyendo estrategias provinciales. El objetivo general de la ERSAN es reducir las brechas de seguridad alimentaria, incrementando la disponibilidad de alimentos de origen regional, y el acceso físico y económico de alimentos inocuos y nutritivos de forma sostenible y competitiva. Se busca satisfacer al 2021 las necesidades y preferencias alimenticias de al menos la mitad de personas que se encontraban en situación vulnerable de seguridad alimentaria en el año base 2009. Se ha priorizado a los niños menores de cinco años y las madres gestantes más vulnerables, promoviendo prácticas saludables de consumo alimentario e higiene. En relación a la desnutrición crónica de niños menores de 5 años, se estableció como meta la reducción al 15%, cerrando las brechas entre los ámbitos urbano y rural. ●

* ENTRE 2007 Y 2012, LA TASA DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL EN LORETO PASÓ DE 32.3% A 34.2% RESPECTIVAMENTE.

ODM 2

LOGRAR
LA EDUCACIÓN PRIMARIA UNIVERSAL[26]

SITUACIÓN
DE UN VISTAZO

En 2012, Perú registró una tasa neta de matrícula de 96.0% de niñas y niños que, contando con la edad requerida de 6 a 11 años, cursaban la educación primaria, comparado con 91.5% en 2002. Más aún, hubo un importante avance en el porcentaje de estudiantes que culminaron la primaria a la edad normativa de 11 años, de 38.5% en 2001 a 69.4% en 2012. En el mismo período, el porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años que había culminado la primaria pasó de 90.3 a 96.6%.

Un importante fundamento para esta mejoría fue que, en el período de 2001-2012, la asistencia de los niños y niñas de 3 a 5 años a la educación inicial se incrementó de 53.5% a 74.6%, y la tasa de alfabetización de la población de 15 a 24 años ha alcanzado 98.7% en 2012, un aumento ligero con respecto al 96.2% diez años antes.

El crecimiento económico, la reducción de la pobreza, y las mejoras en la infraestructura pública y cobertura del sector educación fueron factores favorables en las últimas dos décadas. Cabe destacar, como factor significativo el incremento de las tasas en matrícula en años recientes, a las transferencias condicionadas de dinero que, desde el año 2005, realiza el programa JUNTOS a hogares en situación de extrema pobreza de los distritos rurales más pobres, para incentivar la matrícula y asistencia de niñas y niños entre 6 y 14 años.

A pesar de la importancia de los avances, los desafíos que enfrenta el país para garantizar la educación para sus futuros ciudadanos y ciudadanas se han ido ampliando y haciendo más complejos a lo largo del tiempo. Persisten brechas en el acceso y en la finalización de la educación primaria que ponen en desventaja a aquellos niños y niñas en las zonas de mayor pobreza, especialmente a quienes viven en áreas rurales y a quienes crecen con lengua materna distinta al castellano. Al mismo tiempo, la calidad de la educación primaria - es decir, su relevancia, pertinencia, equidad, eficacia y eficiencia - constituye el gran desafío para la gran mayoría de peruanas y peruanos que ya acceden a ella.

[26] Las cifras actualizadas al año 2012 – presentadas en esta sección –, han sido proporcionadas por UNICEF, gracias a su trabajo cercano con las instituciones educativas en el Perú.

Fotografía: Antonio Escalante / Proyecto MST-Apurímac / MINAM / PNUD / GEF

ASEGURAR

QUE, PARA EL AÑO 2015, TODOS LOS NIÑOS Y NIÑAS PUEDAN TERMINAR UN CICLO COMPLETO DE ENSEÑANZA PRIMARIA.

El segundo Objetivo del Desarrollo del Milenio busca que todos los niños y niñas puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria. En la medida en que las prioridades contempladas por los ODM son integrales y se refuerzan mutuamente, mejorar la educación es una meta de desarrollo por sí misma y también es ampliamente reconocida como la principal posibilidad de movilidad social y, por lo tanto, de superar la pobreza.

Los tres indicadores oficiales para la meta del ODM 2 son:

2.1 Tasa neta de matrícula en educación primaria
2.2 Porcentaje de alumnos que comienzan el primer grado y llegan al sexto grado de educación primaria
2.3 Tasa de alfabetización de las personas de 15 a 24 años, mujeres y hombres

TASA NETA DE MATRÍCULA EN LA EDUCACIÓN PRIMARIA

*

A NIVEL NACIONAL LA BRECHA DE GÉNERO PARECE ESTAR CERRADA. LOS DATOS DEL AÑO 2011 NO REGISTRAN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE NIÑOS Y NIÑAS EN CUANTO A LA TASA NETA DE MATRÍCULA EN EDUCACIÓN PRIMARIA.

Tendencias nacionales de avance. En la última década, la tasa neta de matrícula en la educación primaria subió 4.6 puntos porcentuales. Pasó de 91.5% en 2002 a 96% en 2012 según datos de la Encuesta Nacional de Hogares, tal como se especifica en el **Cuadro 1.**

Tanto en Lima como en el resto del país, los niveles de acceso son altos y cercanos a la universalización. El avance en los medios rurales ha sido más significativo; entre esas fechas la tasa neta rural subió de 89.7% en 2002 a 96% (2012), es decir 6.3 puntos, mientras en áreas urbanas, donde la tasa ya era alta y los incrementos marginales se tornan cada vez más complejos al acercarse a la meta, subió 3.5 puntos de 92.5% a 96%.

Respecto a los niveles de acceso en las regiones o departamentos del país, una constatación positiva es que la totalidad de departamentos presenta una tasa neta de matrícula superior al 90%. Sin embargo, la región natural de la selva se encuentra dos puntos por debajo del promedio nacional.

Persisten varias brechas detrás de una matrícula casi universal. Los departamentos más alejados de la generalización del acceso a la educación primaria son: Loreto (91.4%), Ucayali (94.3%), San Martín (95.1%), Pasco (95.9%), Lima (96.1%), Madre de Dios (95.8%), Huánuco (95.9%), Cajamarca (96.1%) y Ancash (96.2%). Preocupa particularmente el número absoluto que falta cubrir en Lima, cuya población escolar es considerable respecto al resto de regiones.

Al otro extremo, las regiones de Apurímac (97.4%), Arequipa (97.5%), Cusco (97.8%), Lambayeque (97.2%), Moquegua (97.7%), Tacna y Tumbes (97.6% cada uno), Provincia Constitucional del Callao y Huancavelica (97.3% para cada uno), se encuentran más cercanas a cumplir la meta en educación primaria. Es destacable que este grupo superior incluye a regiones con altos niveles de pobreza como Apurímac y Huancavelica.

Asimismo, en el nivel nacional la **brecha de género** parece estar cerrada. Históricamente ha sido en el nivel primario donde la disparidad de género es mayor, sobre todo en áreas rurales y con población indígena. Las cifras, sin embargo muestran avances significativos en las tasas netas de matrícula de las niñas, llegando a ser superiores a las de varones en algunos casos. Los datos del año 2012, al igual que los de la última década, no registran diferencias significativas entre niños y niñas en cuanto a la tasa neta de matrícula en educación primaria.

Comparativamente, ha sido en la sierra donde el salto favorable a la matrícula femenina ha sido más significativo en los últimos diez años. Entre 2002 (91.1%) y el 2012 (96.2%), la tasa neta de matrícula de niñas de la sierra creció en 5,1%, mientras que el aumento en la costa fue de 3.8% y en la selva de 3.2%. Sin embargo, es importante mencionar que la región selva logró cerrar su brecha de género en la educación primaria en el año 2010. Las brechas de género en los distintos niveles educativos son tratadas también en el capítulo sobre el ODM 3 de este informe.

En cuanto a las brechas entre **quintiles de ingresos,** el carácter de país desigual, con débiles políticas de redistribución de ingresos y con persistentes bolsones de pobreza, aún tiene efectos en el acceso a la educación. Aún subsisten brechas entre el primer (menores ingresos) y el quinto quintil (mayores ingresos), con variantes de acuerdo al área de residencia y a la región natural. Estas brechas en el acceso a la educación básica constituyen una barrera para reducir las brechas en todas las demás dimensiones del desarrollo humano.

Entre 2002 y 2011, la diferencia entre ambos quintiles prácticamente se mantuvo (2.5 y 2.2 puntos menor para el quintil I, respectivamente), tanto en ámbitos urbanos como rurales. Respecto a regiones naturales, en todas ellas se dan diferencias entre el primer y quinto quintil. Las más significativas corresponden a la selva, región donde se incrementó la brecha entre quintiles (de una diferencia de 5.0% entre el I y V quintil en 2002 a una de 7.7% en 2011); en la sierra fue donde se dio la disminución más significativa llegando a 2011 con una casi paridad entre el primer quintil (96.1%) y el quinto quintil (96.2%). En la costa, en 2011 hubo una diferencia de 2.1% entre el quinto y primer quintil. En resumen, las brechas por nivel socioeconómico entre el primer quintil (95.3%) y el quinto quintil (97.5%) persisten en el país, con el riesgo de que puedan ser más significativas respecto a la calidad de la enseñanza primaria. ●

CUADRO N° 1

Perú: Tasa neta de matrícula en educación primaria de la población de 6 a 11 años de edad según ámbito geográfico, 2002 - 2012

Ámbito geográfico	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Total	**91,5**	**96,0**	**94,5**	**94,7**	**96,2**	**96,7**	**96,6**	**96,8**	**96,5**	**96,1**	**96,0**
Lima Metropolitana 1 /	90,9	97,1	94,6	92,7	96,3	97,1	97,2	97,2	96,4	96,0	95,9
Resto del país	91,7	95,6	94,5	95,4	96,2	96,6	96,3	96,7	96,5	96,1	96,0
Área de residencia											
Urbana	92,5	97,1	95,8	94,9	97,1	97,4	97,2	96,9	96,9	96,1	96,0
Rural	89,7	93,8	92,2	94,4	94,6	95,5	95,3	96,6	95,7	96,1	96,0
Región natural											
Costa	92,3	96,4	95,4	94,3	96,4	97,1	96,9	96,9	96,5	96,0	96,1
Sierra	90,7	95,6	93,4	95,4	96,5	97,1	96,7	96,8	96,9	97,0	96,9
Selva	91,0	95,3	94,6	94,6	95,0	94,7	95,2	96,5	95,6	94,4	94,2

› *Fuente: INEI-Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO): 2002-2012*

*

ENTRE 2002 (91.1%) Y EL 2012 (96.2%), LA TASA NETA DE MATRÍCULA DE NIÑAS DE LA SIERRA CRECIÓ EN 5,1%, MIENTRAS QUE EL AUMENTO EN LA COSTA FUE DE 3.8% Y EN LA SELVA DE 3.2%.

PORCENTAJE DE ALUMNOS QUE COMIENZAN EL PRIMER GRADO Y LLEGAN AL SEXTO GRADO DE PRIMARIA

*

PARA EL 2012 EL

69.4%

DE LOS ESTUDIANTES CULMINARON SUS ESTUDIOS DE PRIMARIA A LOS 11 AÑOS. EN 2001 EL PORCENTAJE SOLO LLEGABA AL 38,5%.

Tendencias nacionales de avance.

Una proporción cada vez mayor de los niños y niñas que ingresaron a los 6 años de edad a primer grado de educación primaria culminan el sexto grado a los 11 años de edad, lo que evidencia que no repitieron de año ni tuvieron atraso escolar. Como se aprecia en el **Cuadro 2,** se ha registrado un avance considerable en la última década, elevando el porcentaje de estudiantes que culminaron la primaria a los 11 años, de 38.5% en 2001 a 69.4% en 2012. El avance general también se ha dado en el ámbito rural y en todas las regiones naturales, aunque en distinta medida. Cabe señalar, sin embargo, que los avances se desaceleraron entre el 2008 y el 2011, pero el 2012 hubo un incremento en 2.8 puntos porcentuales respecto al año anterior.

En el mismo período, el porcentaje de jóvenes de 15-19 años que había culminado la primaria pasó de 90.3 a 96.6%. Cabe destacar que, si se empieza por revisar esta tasa en los mayores de 65 años (46.7%) y luego se revisa las cohortes más jóvenes, en cada grupo etario va aumentando la proporción que ha terminado la enseñanza primaria. Esto indica un avance progresivo a lo largo de varias décadas en términos de acceso y compleción de la educación primaria.

Sin embargo, subir casi en 30 puntos el porcentaje de niños y niñas que llegan al sexto grado de primaria a la edad prevista sigue siendo un logro insuficiente. Persiste un tercio de niños y niñas que no culmina la primaria a tiempo. La brecha en la tasa de supervivencia en la escuela es de 27.4 puntos porcentuales, favoreciendo a los estudiantes urbanos frente a los rurales. Las características de quienes que quedan fuera del sistema educativo siguen siendo, generalmente, pobre, rural y femenino.

Desigualdades en un contexto de avances.

El análisis por regiones naturales indica una situación más favorable en la costa, donde el 78.2% de los niños y niñas lograron culminar la primaria a los 11 años de edad. Mientras tanto, en la sierra y en la selva estas cifras descienden al 60.6% y 58.1%, respectivamente. Este indicador resalta la insuficiente capacidad de retención y eficiencia interna del sistema educativo, frente a presiones como las del trabajo infantil, donde las tasas de supervivencia al sexto grado de primaria son mucho más bajas que las tasas de cobertura o de matrícula.

La brecha en la tasa de supervivencia entre escuelas urbanas y rurales no solo persiste, sino que incluso se ha incrementado: en 2001, era de 18.9 puntos y en 2012 subió a 27,4 puntos porcentuales, como se indicó líneas arriba.

En 2012 fue mayor el número de niñas (70.5%) que el de niños (68.2%) que culminaron a los 11 años su educación primaria. En el transcurso de la última década sólo los años 2005 y 2006 registran un similar porcentaje entre niños y niñas. Esta mayor proporción de niñas que culminaron la educación primaria a los 11 años de edad se reitera en el análisis por áreas de residencia y por región natural. En este aspecto, el caso de Lima Metropolitana destaca por presentar los mayores porcentajes para ambos sexos, incluso por encima de la media nacional: el 82.1% de las niñas culminan en la edad apropiada su primaria y el 78.8% de los niños.

Por otro lado, persisten las desigualdades ligadas al estrato socioeconómico al que pertenecen los niños y niñas. Sólo el 49.6% de la población de 11 años del quintil más pobre (primer quintil) culminó educación primaria a los 11 años de edad, mientras que los del quintil más rico (quinto) lo hicieron en un 78.9%.

En términos de género, en el quintil más pobre el 52.1% de mujeres culmina la primaria y solo el 46,5% de los hombres; mientras que en el quintil más rico el 75.1% de las mujeres y el 82.8% de los hombres lo hicieron. La mayor diferencia se encuentra al interior del grupo de los hombres, donde la diferencia entre los quintiles I y V en el año 2011 fue de 36,3 puntos, comparado con 23 puntos entre las mujeres de ambos quintiles. ●

CUADRO N° 2

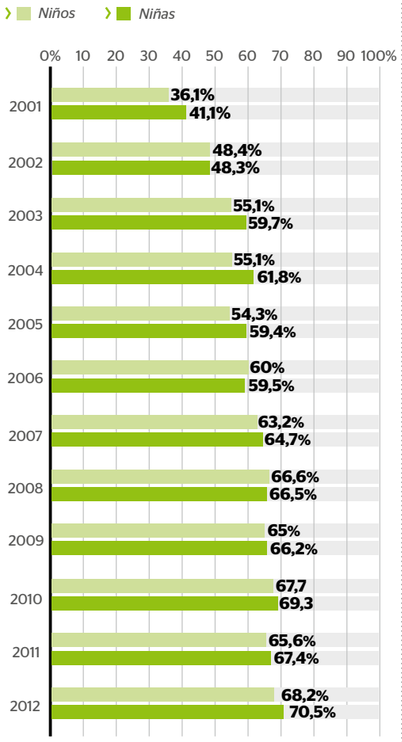
Perú: Porcentaje de estudiantes que culminan el 6º grado de primaria a los 11 años de edad según ámbito geográfico, 2002 - 2012
(Porcentaje respecto del total de población de 11 años de edad)

Ámbito geográfico	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Total	**38,5**	**48,4**	**57,5**	**58,2**	**56,8**	**59,8**	**64,0**	**66,5**	**65,6**	**68,5**	**66,6**	**69,4**
Lima Metropolitana 1 /	48,9	67,7	72,0	68,1	75,6	69,9	79,7	78,9	77,4	83,9	79,5	82,6
Resto del país	35,8	42,2	52,7	54,9	51,2	55,6	58,0	63,0	62,3	63,4	61,8	62,1
Área de residencia												
Urbana	45,7	59,6	67,3	67,3	67,2	68,9	72,4	76,3	74,3	77,7	75,5	78,3
Rural	26,8	28,6	38,6	41,1	37,7	40,6	46,2	47,8	48,9	49,6	49,8	50,9
Región natural												
Costa	42,6	59,7	64,6	65,2	67,8	65,8	74,8	74,0	73,9	78,0	75,4	78,2
Sierra	37,8	40,6	50,5	53,6	46,5	56,0	54,6	61,5	60,2	62,8	59,5	60,6
Selva	29,0	32,1	51,9	49,5	46,5	48,1	54,2	55,3	55,3	52,8	57,3	58,1

› *Fuente: INEI-Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) 2001-2012*

CUADRO N° 3

Perú: porcentaje de alumnos que comienzan el primer grado y llegan al sexto grado de primaria, desde la óptica de género (2001-2012)



› *Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO), 2001-2012*

*

EL 99%

DE LA POBLACIÓN JUVENIL EN LIMA METROPOLITANA ESTÁ ALFABETIZADA. EN EL RESTO DEL PAÍS SE ALCANZA EL 98%.

TASA DE ALFABETIZACIÓN DE LAS PERSONAS DE 15 A 24 AÑOS DE EDAD

Tendencias nacionales de avance. De acuerdo a datos de ENAHO, la tasa de alfabetización de la población de 15 a 24 años en el Perú es alta: casi la totalidad de los jóvenes de ambos géneros en este rango de edades se encuentran alfabetizados (98.7%). Sin embargo, las y los jóvenes de las zonas rurales todavía no alcanzan el nivel de sus pares de las zonas urbanas.

En Lima Metropolitana está el más alto nivel de alfabetización de la población juvenil, 99.5%. En el resto del país se alcanza el 98% de población juvenil alfabetizada, y tanto la Costa como la Sierra y la Selva tienen porcentajes de población juvenil alfabetizada superiores al 97%.

Brechas en la alfabetización de los jóvenes. Las brechas históricas de mayoría femenina en condición analfabeta se han ido cerrando hasta casi igualar el porcentaje de los varones alfabetizados. En 2001, la brecha de género era de 1.8% y en 2012 se cerró la brecha (ambos con 1.3%).

Las cifras sobre analfabetismo a nivel de departamentos de la población entre 15 y 24 años muestran cifras alentadoras. En diecinueve departamentos hay una tasa de alfabetización de la población joven superior al 98%. Sólo en seis departamentos (Amazonas, Huánuco, La Libertad, Loreto, San Martín y Ucayali) no se llega a superar el promedio nacional.

El análisis de las cifras por sexo indica que en los departamentos de Apurímac, Huancavelica, Junín, Lima, Loreto, Madre de Dios, Pasco, San Martín y Ucayali, el índice porcentual es ligeramente mayor en los hombres que en las mujeres. En cambio en Arequipa, Ayacucho, Cusco, Ica, Lambayeque, Moquegua, Piura, Tacna y Tumbes el índice de paridad es favorable para las mujeres jóvenes. La brecha de género desfavorable para las mujeres jóvenes es más significativa en los departamentos de Cajamarca, Amazonas, Huánuco y Madre de Dios.

CUADRO N° 4
Tasa de analfabetismo
(% del grupo de edades 15 a más)

	2005	2011
PERÚ	11.4	7.1
Sexo		
Femenino	16.6	10.5
Masculino	5.9	3.8
Área y sexo		
Urbana	5.6	4.0
Femenino	8.3	5.9
Masculino	2.6	2.1
Rural	24.0	17.4
Femenino	35.8	26.8
Masculino	12.6	9.1
Lengua materna		
Castellano	...	4.1
Indígena	...	20.1
Nivel de pobreza		
No pobre	...	4.4
Pobre	...	13.6
Pobre extremo	...	24.4

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares del Instituto Nacional de Estadística e Informática (2011)

Sin embargo, el problema general del analfabetismo persiste a pesar de que el país fue declarado oficialmente "libre de analfabetismo" en junio de 2011. Las cifras del INEI del mismo año, utilizando Encuestas de Hogares e incluyendo la totalidad de la población de 15 y más años de edad, señalan que la tasa de analfabetismo del Perú llegaba a 7.1%, siendo bastante mayor el porcentaje femenino (10.5%) que el masculino (3.8%). En particular, la magnitud del analfabetismo en áreas rurales (17.4%), el femenino en las mismas áreas (26.8%) y el de la población indígena (20.1%) sugieren tareas urgentes de concretar.

Fotografía: Charles Ouvrard / UNICEF Perú

Fotografía: Miriam Moreno Serpa / UNICEF Perú

FACTORES CLAVE PARA EL PROGRESO EN EL ODM 2

Entre los factores básicos que han permitido avances en los indicadores del ODM 2 en la última década se encuentra la reducción de la pobreza y de la pobreza extrema (ver ODM 1), la mejora del acceso de la población a los demás servicios básicos, y el crecimiento económico sostenido, factores que resaltan como impulsores del mejoramiento de los ODM en general. Cabe resaltar que se atraviesa por un período, distinto a décadas recientes, en el que los presupuestos públicos para la educación crecen más rápidamente que la población en edad escolar (hay incremento de gasto público per cápita en educación), y donde también ha aumentado el gasto privado en la educación.

Tanto el gasto público por alumno como la inversión en infraestructura en el sector educación tuvieron una marcada tendencia ascendente en años recientes. Entre 2000 y 2012, el gasto público por alumno en instituciones educativas de primaria prácticamente se cuadruplicó (de 560 a 1,923 soles corrientes), y en algunos departamentos fue incluso mayor, los departamentos que quintuplicaron su gasto son: Ancash, Cusco, Cajamarca, Huancavelica, Huánuco y Pasco. El departamento que mayor inversión ha realizado en el mismo periodo es Tumbes, pasó de 345 a 2,278 soles corrientes (prácticamente multiplicó por 7 su inversión por alumno de Primaria). Asimismo, otra tendencia distintiva ha sido el aumento sostenido de la inversión (gasto en capital) como porcentaje del gasto público en educación, pasando de 10.2% en 2000 a 23.6% en 2012. [27]

El gasto privado en educación se ha convertido en un factor crecientemente relevante para los avances en el ODM 2, y su aumento ha venido de la mano de una mayor cobertura y oferta de la educación privada. El Instituto de Investigación para el Desarrollo y la Defensa Nacional calcula que en 2011 la inversión privada en educación ascendió a S/. 14,057 millones de nuevos soles, lo que representó el 2.8% del PBI. Es decir, una cifra similar al gasto público, que alcanzó aproximadamente 3% en el mismo año. En términos absolutos, la inversión privada en educación se duplicó entre los años 2000 y 2011.[28]

En 2012, la cobertura de la atención privada en la educación básica fue 70.7% superior a la de 2000. En primaria, en 2000 el sector público atendía a 3 millones 715 mil alumnos, y el sector privado 554 mil, o 13% del total. Una década después, en 2012, el sector privado atendía a 789 mil niñas y niños en primaria, o 23% del total.

> **14,057** MILLONES FUE LA INVERSIÓN PRIVADA EN EDUCACIÓN EN 2011, LO QUE REPRESENTÓ EL 2,8% DE PBI.

Los cambios demográficos de la población peruana, relativamente menos joven ahora comparada con décadas anteriores, también han facilitado los avances en la matrícula. En la última década (2000-2012) disminuyó en 800 mil el número absoluto de estudiantes en educación primaria, según datos del Ministerio de Educación. Ello coincide con un momento de bonanza económica y en el que el gasto social está en crecimiento para facilitar el aumento del gasto per cápita en el sector.

Un factor de políticas públicas significativo que estuvo ausente en períodos anteriores, y que ha promovido directamente el aumento de la matrícula, ha sido el de

[27] Portal ESCALE: Estadística de la Calidad Educativa, Indicadores. Lima, 2013.

[28] INIDEN, Informe de Educación, Año 21, No. 11. Lima, 2012.

las transferencias condicionadas de dinero que realiza el programa Juntos a los hogares en situación de extrema pobreza de los distritos rurales más pobres del país. Estas transferencias en efectivo (de 200 soles bimensuales) han contribuido a incentivar la matrícula y la asistencia de niños y niñas entre 6 y 14 años de edad a las escuelas de las zonas rurales, al mismo tiempo que ha aumentado la inversión disponible para equipos e infraestructura en la educación primaria. Los estudios sobre la población beneficiaria en situación de pobreza encuentran entre los impactos de este programa la mayor asistencia a la escuela, con énfasis en las niñas, así como la reinserción en el sistema educativo y una disminución de la deserción escolar[29].

[29] Salazar, X. y R. Vargas, Concepciones, expectativas y comportamiento en población pobre beneficiaria del Programa Juntos en Huancavelica, Andahuaylas y Huánuco. Lima, 2012.

También ha incidido positivamente la ampliación de la educación inicial, donde ha aumentado la oferta de manera significativa pero sigue siendo insuficiente. Hay una creciente concientización y priorización de la necesaria atención integral de la primera infancia como factor de desarrollo y enfrentamiento de la pobreza. Entre los años 2001 y 2012, la asistencia de los niños y niñas de 3 a 5 años a la educación inicial se ha incrementado significativamente: de 53.5% a 74.6% a nivel nacional. En este período, la asistencia a la educación inicial se incrementó ligeramente más en la zona rural (23.5 puntos) que en la urbana (18.2).

Actualmente está en marcha una estrategia de ampliación de cobertura, de modo

CUADRO N° 5

Tasa neta de matrícula, educación inicial (% de población con edades 3-5)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
PERÚ	53.5	53.3	54.8	60.4	58.6	61.6	65.6	67.6	67.8	70.3	72.6	74,6
Sexo												
Femenino	54.5	54.0	53.8	62.3	58.3	61.5	64.9	68.5	67.9	70.5	72,2	75,9
Masculino	52.5	52.7	55.9	58.6	58.8	61.7	66.3	66.6	67.8	70.0	72,9	73,4
Área y sexo												
Urbana	59.8	60.0	61.6	70.5	67.1	69.8	72.3	73.7	74.2	74.3	77,0	78,0
Femenino	61.1	60.6	59.0	73.5	66.2	68.9	71.5	74.2	73.9	73.6	76,4	78,8
Masculino	58.4	59.4	64.3	67.4	67.9	70.7	73.0	73.3	74.4	75.0	77,6	77,2
Rural	42.9	42.2	42.9	43.5	45.0	46.2	52.1	54.8	54.4	61.0	61,2	66,4
Femenino	42.6	42.9	44.1	42.6	45.7	46.9	51.6	56.7	55.0	62.8	62,0	68,3
Masculino	43.1	41.6	41.8	44.4	44.4	45.6	52.5	53.1	53.9	59.2	60,3	64,8
Lengua materna												
Castellano	...	...	...	63.6	60.7	63.8	66.6	68.5	68.8	71.0	73,6	75,5
Indígena	...	...	...	35.7	45.2	45.3	56.6	58.3	59.1	62.2	61,5	64,2
Nivel de pobreza												
No pobre	67.3	66.8	67.2	76.4	...	...	75.7	75.0	78.9	76.3	78,9	80,3
Pobre	51.0	53.7	55.9	58.3	...	...	61.2	65.2	57.7	66.3	65,0	65,9
Pobre extremo	40.0	38.5	36.0	38.4	...	...	46.6	50.3	50.5	51.4	56,9	60,1

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares del Instituto Nacional de Estadística e Informática.

Fotografía: UNICEF Perú

que al 2016 el 100% de niños de 3 a 5 años sean atendidos en los distritos del ámbito del programa Juntos. En 2012, 30,960 niños y niñas más accedían a través de los 1,750 nuevos servicios de Educación Inicial creados, habiéndose puesto en práctica el modelo de atención itinerante en zonas rurales dispersas y con menos de 8 niños. Asimismo, se ha avanzado en lineamientos intersectoriales para la atención integral de niños menores de 3 años.

Otro factor que se espera logre contribuir a mejorar los avances en los indicadores del ODM 2, es el Programa Nacional de Alimentación Escolar *Qali Warma,* que tiene como finalidad brindar un servicio alimentario de calidad a niños y niñas, del nivel inicial y primario, en las instituciones educativas públicas del país. El impacto esperado de dicho programa se centra un servicio alimentario diario para los usuarios, de acuerdo a sus características y las zonas donde viven, favoreciendo su asistencia a clases y su permanencia, y promoviendo mejores hábitos de alimentación.

Sin embargo, persisten algunas brechas importantes en la educación inicial. En el ámbito urbano se llega a un 78% de matrícula y en medios rurales alcanza un 66.4%, alcanzando las niñas un 68.3%. Los niños y niñas con lenguas maternas indígenas alcanzan un promedio de 64.2% respecto al 75.5% de quienes utilizan la lengua castellana. Al mismo tiempo, los más pobres del país en 2012 alcanzaron sólo un 60.1% de matrícula en educación inicial. Su situación es más precaria si se considera que la mayoría de ellos asiste a PRONOEI (Programas No Escolarizados de Educación inicial), caracterizados por su extrema precariedad. También hay importantes brechas entre departamentos y entre provincias: de acuerdo con el Censo Escolar 2012, en provincias de Puno, Loreto, Junín y Ucayali la tasa neta de matrícula era inferior a 45%, mientras que en muchas provincias de Ica, Tacna, Moquegua y Tumbes, estaba por encima de 90%.

Los más de 20 puntos porcentuales de incremento de acceso a la educación inicial en la última década, siendo significativos, resultan aún insuficientes para promover el acceso equitativo a la educación. De allí la importancia de la prioridad en cuanto a recursos y estrategia de acción que está dando la actual administración gubernamental a esta modalidad educativa. ●

BARRERAS Y DESAFÍOS PARA EL AVANCE EN LOS INDICADORES DEL ODM 2

Barreras para el acceso. A pesar de los avances, los beneficios de la educación aún no han llegado a muchos niños y niñas en condiciones de pobreza extrema, en comunidades dispersas en el área rural, y que enfrentan barreras sociales y culturales, especialmente aquellas que limitan el desarrollo de las mujeres. Además de las situaciones de exclusión y pobreza que pueden mantener a niños y niñas alejados de la escuela, en términos de acceso, también siguen existiendo comunidades sin una escuela ubicada a una distancia razonable que puedan recorrer sus niños y niñas de manera segura.

El presupuesto público para educación creció en los últimos años, y lo mismo ha sucedido con el gasto por alumno y la inversión, pero está lejos aún del promedio regional. El financiamiento relativamente limitado, entonces, sigue siendo una barrera para los avances en cobertura y acceso a la educación. Cabe recordar que el Acuerdo Nacional estableció como meta de mediano plazo en 2002 un gasto anual de 6% del PBI en educación. En 2013 el presupuesto para educación llega a poco más de la mitad, 3.3%.

Es preciso recordar que quienes menos posibilidades tienen de terminar la educación primaria son los estudiantes rurales, indígenas y, especialmente, aquellos que hablan lenguas de origen amazónico. Para ellos, la educación intercultural bilingüe (EIB) es clave. La cobertura y calidad aún limitadas de la EIB constituyen una barrera que debe superarse urgentemente.

Más allá de la población escolar, una barrera importante en la alfabetización de la población de 15-24 años ha sido la debilidad de la Educación Básica Alternativa (EBA), destinada a jóvenes y adultos, y su aún escasa cobertura. Se suponía que los recién alfabetizados en el Programa Nacional de Movilización por la Alfabetización (PRONAMA) seguirían estudios primarios en Centros de la EBA y que la matrícula en los mismos aumentaría sustantivamente.

Sin embargo, las cifras oficiales de matriculados para el ciclo intermedio correspondiente a primaria en los CEBA registran sólo 22.74% matriculados para el año 2010 y 21.58% para el 2011 (ESCALE, 2011). Ello significa tareas pendientes tanto para atender a analfabetos jóvenes y adultos, como para elevar la calidad de la enseñanza de lectoescritura y matemática en las aulas regulares.

El gran desafío es la calidad educativa. Si bien la meta e indicadores del ODM 2 están enfocados en la ampliación del acceso y cobertura, los debates recientes más relevantes sobre la educación básica en el país son acerca de cuánto aprenden realmente las y los alumnos en la escuela. No se han cerrado aún todas las brechas relevantes de cobertura, y ello es también urgente, pero la principal preocupación de la sociedad peruana se centra en que los niños y las niñas matriculados en el sistema (la gran mayoría) no reciben una buena enseñanza ni exhiben resultados satisfactorios cuando son evaluados.

Un importante esfuerzo realizado por el Perú para entender y poder enfrentar los desafíos en este aspecto ha sido desarrollar evaluaciones censales de estudiantes (ECE) entre 2007 y 2012, midiendo los logros en comprensión de lectura y matemática en estudiantes de segundo grado de primaria. La ECE de 2012 involucró a 620 mil escolares en todas las regiones, incluyendo un 26% en zonas rurales.

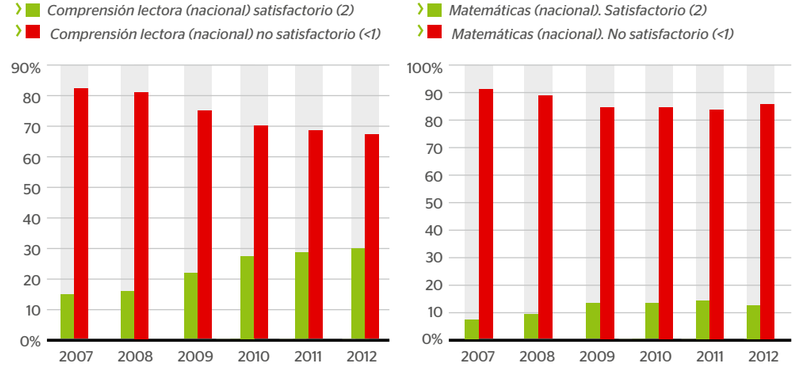
Los **cuadros 6 y 7** muestran los resultados en matemáticas y comprensión lectora entre 2007 y 2012, según las ECE. A pesar de contar con mayores recursos públicos y privados, en años recientes sólo hubo un avance lento de la calidad educativa, según lo reflejado en estos estudios. Más aún, en algunos aspectos se observa estancamiento y hasta retroceso. Saltan a la vista: la brecha significativa entre las dos categorías de aprendizajes, donde los resultados en matemática son significativamente menores e incluso con tendencia al retroceso; y el nivel generalmente bajo de ambas categorías, donde el nivel 2 es "Satisfactorio" y no es alcanzado por la mayoría.

Entre 2007 y 2012 los niveles de logro en el aprendizaje en matemática fueron extremadamente bajos, llegando a disminuir el nivel satisfactorio de 14.5% a 12.8% entre 2011 y 2012. En contraste, ha continuado el aumento moderado en comprensión lectora en el mismo lapso, prácticamente duplicando la tasa en el nivel satisfactorio entre 2007 y 2012. Sin embargo, ambos resultados son insatisfactorios y demandan estrategias renovadas en materia de formación de docentes y métodos de aprendizaje.

Más allá de las cifras nacionales, hay grandes diferencias entre los rendimientos de zonas rurales y urbanas; en matemáticas, 73% en áreas rurales está por debajo del nivel 1 (frente a 42% urbano), y 49% está en la misma situación en comprensión lectora, frente a 11.7% urbano. El ritmo de avance reciente, de no más de 1-2 puntos porcentuales adicionales por año alcanzando el nivel satisfactorio, es demasiado lento para las grandes necesidades de la mayoría de alumnos. En particular, en el área rural, donde se concentra la pobreza extrema, demoraría varias décadas que toda la población alcance un nivel satisfactorio de aprendizaje básico, considerando que actualmente se encuentra debajo del 10% en ambas categorías básicas (4% en matemáticas y 7% en comprensión lectora).

Las diferencias entre escuelas públicas y privadas son también evidentes, favoreciendo a las privadas. Son especialmente notorias las brechas en comprensión lectora, donde el porcentaje de alumnos en escuelas privadas con resultados satisfactorios es más del doble que en las escuelas públicas. Sin embargo, cabe resaltar que en Lima Metropolitana los resultados en la ECE 2012 fueron similares para ambos sectores, e incluso hubo mejor desempeño del sector público en varios distritos populares como San Juan de Lurigancho, el más poblado del país.

CUADROS Nº 6 - 7
Logros de los estudiantes de 2do. grado en comprensión de lectura y matemática; Evaluación Censal del Estudiante (ECE). (2007-2012)



Fuente: Unidad de Medición de la Calidad del Ministerio de Educación (www.minedu.gob.pe).

* **3.3%** DEL PBI ES EL PRESUPUESTO PARA EDUCACIÓN EN 2013, LEJOS DE LA META QUE A MEDIANO PLAZO ESTABLECIÓ EL ACUERDO NACIONAL EN 2002: 6%.

* HAY GRANDES DIFERENCIAS ENTRE LOS RENDIMIENTOS DE ZONAS RURALES Y URBANAS; EN MATEMÁTICAS, 73% EN ÁREAS RURALES ESTÁ POR DEBAJO DEL NIVEL 1 (FRENTE A 42% URBANO), Y 49% ESTÁ EN LA MISMA SITUACIÓN EN COMPRENSIÓN LECTORA (FRENTE A 11.7% URBANO).

Dentro de un panorama algo desalentador, cabe destacar que las brechas de género son poco significativas en los aprendizajes: los niños tienen rendimientos ligeramente superiores en matemáticas, pero la situación es opuesta en comprensión de lectura. En 2012, otra tendencia positiva fue que empezaron a notarse nuevas mejoras en el ámbito rural. Por ejemplo, empezó a descender el número de estudiantes en el nivel más bajo de rendimiento en comprensión lectora, en casi 8 puntos entre 2011 y 2012.

Cabe señalar que también se evalúa en las ECE el cuarto grado de primaria, donde se analiza la comprensión lectora de aquellos con castellano como segunda lengua. Esta categoría ha arrojado resultados preocupantes. En 2010, los estudiantes de las lenguas Shipibo (90,0% con calificaciones menores al Nivel 1) y Awajún (91.7% en similar situación) son los que ameritan mayor atención focalizada, lo cual resalta la importancia de la EIB para cerrar las brechas que afectan a estas poblaciones.

En cuanto al rendimiento en las regiones, Moquegua encabeza el incremento en logros de aprendizaje de sus estudiantes en el nivel satisfactorio, llegando a 59.4% en CL. Cabe destacar que Moquegua también es la región con mayor inversión por alumno del país en la última década. Junto a Arequipa, Tacna y Lima Metropolitana, encabeza los resultados en ambas categorías. En el otro extremo, Loreto es la región con más bajos rendimientos escolares del país en ambas materias básicas. Otros departamentos con muy bajo rendimientos tanto en CL como en M son Ucayali y Huánuco. Al mismo tiempo, se observa un estancamiento o mejoras demasiado lentas en Lima y la costa norte, donde la situación de pobreza es relativamente menor.

El panorama descrito, de mejoras demasiado lentas, ha determinado que el MINEDU en la presente gestión gubernamental se haya propuesto elevar considerablemente hasta el 2016 sus metas nacionales: al 35% en Matemáticas y al 55% en Comprensión Lectora/Comunicación, optando por definir las metas regionales en coordinación con los correspondientes gobiernos de cada región.

Fotografía: MINEDU

Otros desafíos para la educación primaria.

La **devaluación de la escuela pública,** que atiende a la mayoría de peruanas y peruanos en situación de pobreza de manera gratuita, es un desafío principal para la educación primaria de cara a 2015 y al período posterior. En el presente siglo, el aumento de oportunidades de educación empieza a reposar en la educación privada, cuya cobertura de atención en 2012 fue 70.7% superior a la de 2000, incrementándose en más de 235 mil estudiantes. La educación en Lima Metropolitana ya tiene mayoritaria presencia de una educación privada, que se ha extendido sin mecanismos de acreditación ni control de su calidad.

El crecimiento económico y la expansión de la clase media están cambiando las expectativas y aspiraciones de la población, que en muchos casos recurre a una oferta privada que no ofrece garantías de mejor calidad. Cabe notar, sin embargo, que en muchos casos las escuelas privadas también están ubicadas de manera relativamente más accesible para las comunidades.

Por otra parte, la **información estadística** ha mejorado en disponibilidad, pero es aún precaria en el sector. Dificulta dar seguimiento a fenómenos como el de plazas vacantes y decrecimiento de la matrícula. La falta de un censo sobre infraestructura docente sigue siendo tarea pendiente.

La **descentralización del Estado** en marcha desde 2003 encuentra al sector y a los gobiernos regionales sin capacidades suficientes para la formulación de expedientes técnicos demandados por el Ministerio de Economía y Finanzas para aprobar proyectos de inversión. La debilidad técnica del MED para ser contraparte igualitaria del MEF genera alguna dependencia institucional sujeta a prioridades económicas, además de educativas.

En cuanto a **seguimiento,** sólo existe un incipiente sistema de supervisión pedagógica (SIGMA) estructurado orgánicamente que permite medianamente la articulación entre el MED, las Direcciones Regionales de Educación, las Unidades de Gestión Educativa Local y las instituciones educativas, con miras a un proceso de supervisión de los procesos de mejora de calidad y eficacia en la toma de decisiones estratégicas que repercutan en las escuelas.

Asimismo, la actual **expansión de la educación inicial** tiene varios obstáculos: asumir cientos de programas no escolarizados con gran precariedad institucional y pedagógica; escasez de docentes especializados; dificultades para obtener terrenos con saneamiento para nuevos centros de Educación Inicial.

A la deficiente formación inicial de muchos docentes se une la **insuficiencia numérica** de estos para cubrir plazas en zonas rurales y en ámbitos indígenas. La capacidad de Institutos Superiores Pedagógicos y Facultades de Educación para formar y especializar a docentes sigue siendo baja. Asimismo, la fragmentación sindical en **tendencias políticas** sigue siendo factor de inestabilidad que deviene en huelgas y paralizaciones que afectan la educación en el país y en regiones. ●

Fotografía: Antonio Escalante / Proyecto MST-Apurímac / MINAM / PNUD / GEF

TENDENCIAS **EMERGENTES**

El aumento de la matrícula y de la tasa de compleción de la educación primaria son logros significativos, pero los desafíos que enfrenta el país para garantizar una educación primaria que sea un fundamento del desarrollo humano sostenible del país se están ampliando y haciendo más complejos. La calidad de toda la educación básica - es decir, la relevancia, pertinencia, equidad, eficacia y eficiencia de los niveles de primaria y secundaria - es crecientemente entendida por todos los actores interesados como un desafío con gran relevancia para las posibilidades de desarrollo económico y social en el mediano y largo plazo. La calidad de la educación es especialmente crucial para un país con grandes brechas que, al mismo tiempo, está integrado cada vez más a la economía global.

En términos generales, se prevé en el mediano plazo un período de condiciones favorables para realizar cambios positivos en la educación básica, tanto en ampliación del acceso como en mejora de la calidad. Junto al crecimiento económico sostenido, y el consiguiente aumento de los presupuestos públicos, la perspectiva en los siguientes años es de un descenso de las tasas de crecimiento de la población y con ello que la población en edad escolar siga disminuyendo. Entonces, debe haber más dinero para invertir en la educación de menos alumnos.

La atención en los sectores sociales se está enfocando crecientemente en romper el círculo vicioso de padres pobres – hijos pobres. En educación, en particular, ello exige que Estado y sociedad intervengan en beneficio de las familias y de la primera infancia, el momento donde se produce la formación básica del capital cognitivo de las personas. La generalización de la educación inicial con centros educativos y docentes de calidad es un desafío cuyo cumplimiento facilitará que los niños y niñas de 3 a 5 años atendidos estén en mejores condiciones para aprender mejor en la educación primaria, e incidirá positivamente en otras dimensiones de desarrollo.

La modernización de la gestión pública, que en Perú está entrando en un proceso de profundización e involucra a todos los sectores, debe también considerarse desde la perspectiva de los desafíos educativos. Garantizar a los estudiantes peruanos lograr aprendizajes de calidad requiere de una gestión educativa más ágil, eficiente, descentralizada con actores de organismos intermedios mejor calificados y con políticas claras que ayuden a cerrar brechas. El Ministerio de Educación debe afianzar tanto su rol rector y como la gestión descentralizada, desarrollando capacidades de servidores públicos en el sector, especializando a directores de centros y favoreciendo ofertas educativas relevantes para la realidad específica de territorios heterogéneos. La consolidación del proceso de transferencia de competencias, funciones y recursos a regiones tiene que ver con ello.

* LA GENERALIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN INICIAL CON CENTROS EDUCATIVOS Y DOCENTES DE CALIDAD ES UN DESAFÍO CUYO CUMPLIMIENTO FACILITARÁ QUE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 5 AÑOS ATENDIDOS ESTÉN EN MEJORES CONDICIONES PARA APRENDER MEJOR EN LA EDUCACIÓN PRIMARIA, E INCIDIRÁ POSITIVAMENTE EN OTRAS DIMENSIONES DE DESARROLLO.

ODM 3

PROMOVER

LA IGUALDAD ENTRE LOS GÉNEROS
Y LA AUTONOMÍA DE LA MUJER

SITUACIÓN
DE UN VISTAZO

Con respecto a la meta del tercer ODM, *eliminar la desigualdad entre los géneros en todos los niveles de enseñanza (primaria, secundaria y superior) para 2015,* la brecha de género en el acceso a la educación ya se ha cerrado en el nivel nacional. Según datos de 2011, en primaria el índice de paridad es de 1.0 (donde un valor inferior a uno indica que la tasa femenina es inferior a la masculina), en secundaria 1.02 y en la educación superior alcanza el 1.06

Entre los factores clave para el avance se encuentran la ampliación de los Centros Educativos Iniciales (CEI) y de los Programas No Escolarizados de Educación Inicial (PRONOEI); los Programas de Desayunos Escolares dirigidos a niñas y niños entre 4 y 13 años de edad en las zonas rurales; los condicionamientos del programa JUNTOS; y el papel de la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza, como espacio para que los actores identificados con la agenda de la educación de las niñas y adolescentes la promuevan en diversos planos. Asimismo, los avances han sido impulsados por un marco legal que, desde 2001, fomenta prioritariamente el acceso y la permanencia de las niñas y adolescentes rurales en la escuela.

En cuanto a los otros dos indicadores de este objetivo, la *proporción de mujeres entre los empleados remunerados en el sector no agrícola,* que incide en una mayor autonomía de la mujer, sólo ha mostrado una lenta mejora entre 2001 y 2012: de 33% a 38,7 %. Asimismo, las mujeres siguen percibiendo una remuneración bastante menor que sus pares varones. Mientras tanto, la *proporción de escaños ocupados por mujeres en el parlamento nacional* aumentó significativamente en la última década con el impacto de la aplicación del mecanismo de cuota de género, aprobado en 1997. El número de mujeres en el Congreso de la República se triplicó hasta casi alcanzar el 30% en las elecciones de 2006, pero tras las últimas elecciones (2011) la representación femenina disminuyó al 21.5%. Por otra parte, el porcentaje de autoridades y representantes femeninas es mucho menor a nivel sub-nacional (regiones, provincias y distritos).

Fotografía: Kiko Castro-Mendivil / PPD / PNUD / GEF

Lograr la autonomía de la mujer es un desafío crucial para promover el desarrollo humano y lograr el bienestar para todos y todas. En particular, la educación que pueden alcanzar las mujeres es fundamental no solo para empoderarlas, sino también para alcanzar otros ODM. A mayor educación, mayores probabilidades de acceder a un empleo de calidad y superar las condiciones de pobreza. Asimismo, se aseguran mejoras en la salud materna, una disminución el embarazo adolescente, y se fortalece de manera directa una participación ciudadana y política más activa e informada, fomentando la autonomía y la autovaloración de las mujeres.

La meta establecida en 2000 para el ODM 3 fue *eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes del fin del año 2015.* Los indicadores oficiales para la promoción y seguimiento de esta meta son:

3.1 Relación entre niñas y niños en la educación primaria, secundaria y superior

3.2 Proporción de mujeres entre los empleados remunerados en el sector no agrícola

3.3 Proporción de puestos ocupados por mujeres en el parlamento nacional

RECUADRO 2

INDICADORES ADICIONALES UTILIZADOS POR LOS PROGRAMAS SOCIALES

Además de los indicadores oficiales, es importante considerar algunos indicadores adicionales utilizados en la actualidad por los programas sociales y que pueden alimentar el análisis en torno a los avances en esta meta. Algunos indicadores pertinentes, en línea con el desarrollo de los indicadores del sistema de monitoreo y evaluación del Plan Nacional de Igualdad de Género (PLANIG) 2012-2017, se mencionan a continuación.

El programa **Cuna Más** incluye el indicador del porcentaje de de niñas y niños menores de 36 meses que logran los hitos motor esperados para su edad. Un segundo indicador es el porcentaje de niñas y niños menores de 36 meses de edad que logran hitos de lenguaje esperados para su edad. En tercer lugar, se observa el porcentaje de niñas y niños menores de 36 meses de edad que logran los hitos cognitivos esperados para su edad. Finalmente, otro indicador que será utilizado es el porcentaje de niñas y niños menores de 36 meses de edad que logran los hitos socio – emocionales esperados para su edad.

Los indicadores a utilizar en el programa ***Qali Warma*** incluyen, en primer lugar, el porcentaje de niños y niñas con déficit calórico. Asimismo, el porcentaje de niños y niñas que mejoran sus niveles de atención y memoria a corto plazo. En tercer y último lugar el porcentaje de niños y niñas que mejoran su dieta alimenticia.

Algunos indicadores relevantes del programa **JUNTOS** incluyen el porcentaje de niñas y niños menores de 36 meses de edad de hogares que cumplen con al menos al 80% de los Controles y Crecimiento y Desarrollo (CRED), según normas del Sector Salud. Asimismo, el porcentaje de niños y niñas en edad pre-escolar (3-5 años) de hogares usuarios JUNTOS que asisten a servicios de educación inicial. Por otro lado, el porcentaje de niños y niñas de hogares usuarios JUNTOS que cuentan con 6 años de edad o menos y cursan por primera vez el primer grado de nivel primario de Educación Básica Regular, respecto al total de niños y niñas usuarios del programa JUNTOS que cuentan con 6 años de edad.

Otros indicadores a utilizar incluyen la tasa de deserción escolar de niños y niñas y adolescentes (hombres y mujeres) de hogares usuarios de JUNTOS que culminaron el nivel primario de educación básica regular el año anterior. Por último, se considerará el indicador de la proporción de deserción escolar del nivel secundario de adolescentes (hombres y mujeres) de hogares usuarios de JUNTOS.

RELACIÓN ENTRE NIÑAS Y NIÑOS EN LA ENSEÑANZA PRIMARIA, SECUNDARIA Y SUPERIOR

Tendencias nacionales de avance. Como se observó en el capítulo sobre el ODM 2, la cobertura de la educación primaria en el país tuvo una ligera tendencia al alza en la última década. A pesar de aproximarse a la cobertura universal, se ha mantenido dentro de rangos que indican que deberá realizarse un mayor esfuerzo para incorporar a la población que aún no accede a la educación básica, especialmente rural e indígena y afro-descendiente.

Asimismo, estudios focalizados han evidenciado que, más allá del acceso igualitario, cuatro factores tienen un impacto negativo en la permanencia y logros de las niñas y adolescentes en la escuela[30]: la división sexual del trabajo, aún vigente en las familias y comunidades; el embarazo adolescente, la violencia de género y la discriminación étnica o racial.

La meta de eliminar la desigualdad en el acceso a la educación entre los sexos en la **enseñanza primaria** se ha alcanzado. El índice de paridad[31] entre los sexos para el año 2011 fue de 1,00 y de 1.001 en 2012. Con respecto a la **educación secundaria,** la desigualdad entre las y los adolescentes matriculados se ha eliminado, a favor de las adolescentes. El índice de paridad entre los sexos es de 1,02. Sin embargo, se mantiene una brecha importante de 17 puntos porcentuales entre los resultados obtenidos en las zonas urbanas del país respecto de las zonas rurales. No obstante, en el período 2002-2011, la matrícula rural ha mejorado.

En cuanto a la **educación superior** el índice de paridad de acceso entre los sexos es de 1,06 (favorable a las mujeres), aunque se trata de tasas de matriculación por debajo del 30%, y se sabe que las mujeres todavía se concentran en carreras tradicionalmente consideradas femeninas.

Persisten las brechas a pesar de las tendencias positivas. En general, se muestran mejoras en el nivel primario, secundario y superior de la educación. Sin embargo, el examen de las cifras por regiones, áreas de residencia y, condición socio económica, todavía evidencia algunas brechas que expresan la persistencia de situaciones de desigualdad entrecruzadas.

Mientras que en la **educación primaria** la matrícula de acuerdo con la condición socioeconómica presenta alta cobertura en todos los quintiles de ingreso y en ambos sexos incluso a nivel sub-nacional, en la secundaria aún subsiste la desigualdad en desmedro de las mujeres en ocho departamentos. Estos son Loreto, Huánuco, Junín, Apurímac, Ica, Huancavelica, Pasco y Puno, y las brechas más profundas se producen en Loreto, Huánuco y Junín.

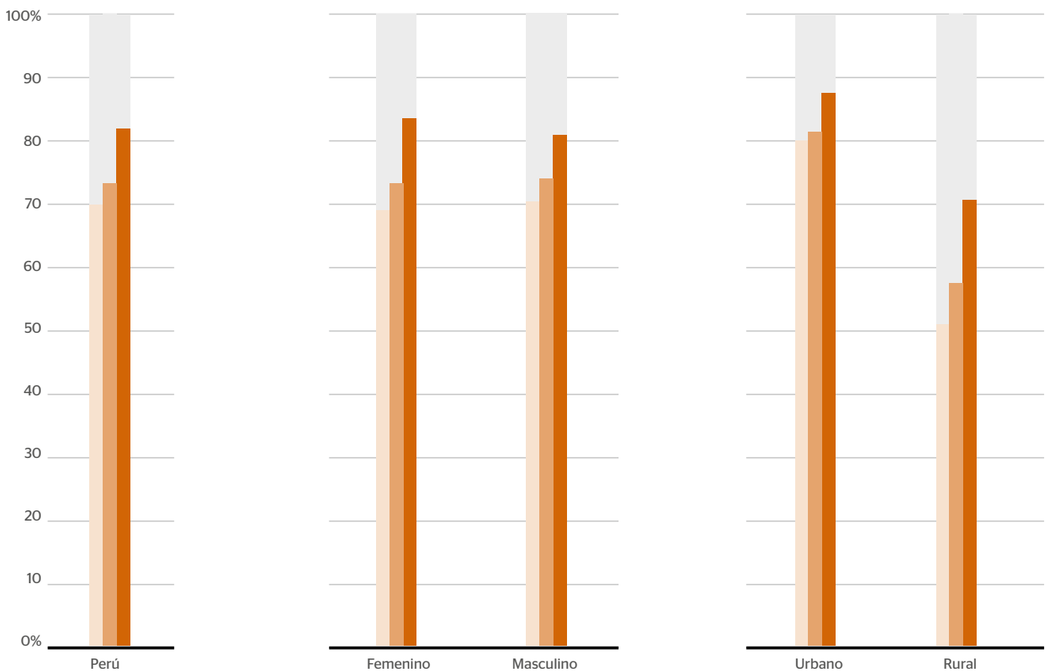
Persiste una diferenciación en las expectativas y responsabilidades asignadas a niñas y niños en la educación. La información sobre matricula cruzada con las razones de inasistencia, obtenida de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) de 2011, permite afirmar respecto a la población entre 6-16 años que no asiste al colegio, que cuando se trata de problemas de rendimiento, la inasistencia es mayor en los niños. Mientras tanto, cuando los hogares afrontan problemas económicos y familiares son las niñas, principalmente, quienes dejan de asistir (54.2% de niñas y 47.0% de niños). Esto reproduce antiguos esquemas sobre la división sexual del trabajo que asigna y responsabiliza a las mujeres del trabajo doméstico, y excluye a los niños de estas actividades pero los somete a una alta exigencia en términos de rendimiento.

En el acceso a la **educación superior** se registra un incremento general entre 2002 y 2011. La brecha de género se ha cerrado; sin embargo, persisten en el área rural las coberturas por debajo del 13% para ambos sexos. De acuerdo con los resultados de la ENAHO 2011, la tasa de matrícula de la población de 17 a 24 años que estudia

[30] 1) Enrique Vásquez y A. Monge, *Desigualdad de género en la educación de niñas y adolescentes rurales del Perú: Situación y propuestas de políticas públicas para su atención.* Lima, 2009.; 2) Carmen Montero y otros, *La escuela rural: modalidades y prioridades de intervención* (Lima: Ministerio de Educación), 2001; 3) Instituto de Estudios Peruanos, *Nuevas (y viejas) historias sobre las mujeres rurales jóvenes de América Latina: Resultados preliminares del Programa Nuevas Trenzas.* Lima, 2012.; 4) N. Valdivia; M. Benavides; M. Torero "Exclusión, identidad étnica y políticas de inclusión social en el Perú: el caso de la población indígena y la población afrodescendiente". En: *Investigación, políticas y desarrollo en el Perú* (Lima: GRADE), 2007.

[31] Se le conoce también como índice de paridad entre sexos. Es el cociente entre la tasa neta de mujeres y hombres entre 6 y11 años. Si su valor es inferior a uno, la tasa femenina es inferior a la masculina.

GRÁFICO Nº 14
Tasa neta de matrícula secundaria
(% del grupo de edades correspondiente al nivel 6 - 12 años)



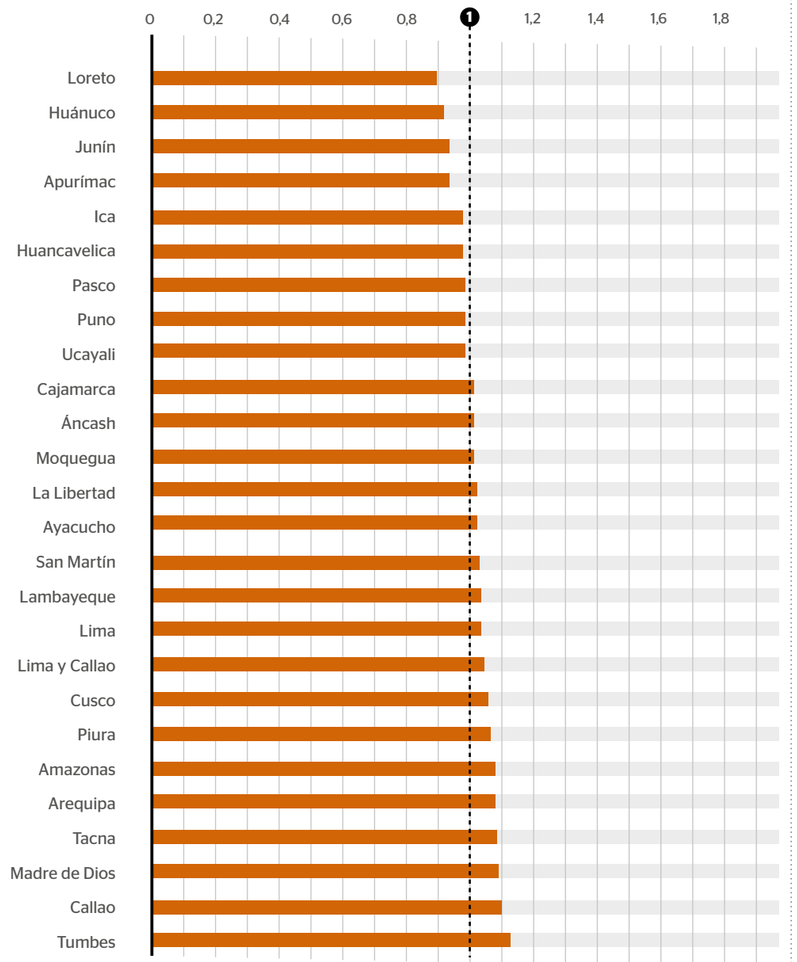
Fuente: Encuesta Nacional de Hogares sobre condiciones de Vida y Pobreza (ENAHO, 2011).

educación superior fue de 27.3%, mientras que en las zonas urbanas fue de 32.8%. De acuerdo con la misma fuente, el 40% de hombres urbanos no indígenas entre 37 y 65 años ha tenido posibilidades de acceder a la educación superior, mientras que solo el 1% de las mujeres rurales de la misma edad lo ha hecho[32].

Al analizar las carreras universitarias según sexo, se encuentra que las mujeres se concentran en Educación con 27.2%, más de 12.3 puntos porcentuales por encima de los hombres, en Enfermería alcanzan el 7.6% y los hombres el 0.9%; y, en Obstetricia se concentran 3.5% de las mujeres y solo 0.3% de hombres. Mientras tanto, 27.3% de los hombres estudian o han estudiado Ingeniería y solo el 7.9% de las mujeres; de igual manera, 9.1% de hombres en Derecho y Ciencias Políticas y 7.6% de las mujeres. Medicina Humana y otras carreras de la salud involucran al 3.7% de los hombres y el 3.4% de las mujeres.

[32] Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, ¿Cómo están las socias? Lima, 2012.

GRÁFICO Nº 15
Perú: relación entre las tasas netas de asistencia a la enseñanza secundaria de las mujeres con la de los hombres de 12 a 16 años de edad. Según departamento, 2011.



Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) 2011.

***40%**

DE HOMBRES URBANOS NO INDÍGENAS ENTRE 37 Y 65 AÑOS HA TENIDO POSIBILIDADES DE ACCEDER A LA EDUCACIÓN SUPERIOR, MIENTRAS QUE SOLO EL 1% DE LAS MUJERES RURALES DE LA MISMA EDAD LO HA HECHO.

META 3B: PROPORCIÓN DE MUJERES ENTRE LOS EMPLEADOS REMUNERADOS EN EL SECTOR NO AGRÍCOLA

Fotografía: xxxxxxxxx

Tendencias nacionales de avance.

La presencia de mujeres en empleos remunerados no agrícolas, o de mayor productividad, cuyo aumento contribuiría a mejorar su autonomía, muestra una lenta tendencia al alza en la última década (de 33.0% en 2001 al 38.7 % en 2012); es decir, se incrementó en apenas 5.7 puntos porcentuales. Sin embargo, la tasa de participación de las mujeres afro-descendientes rurales presenta un incremento notable en el mercado laboral, pasando de una tasa de participación del 44% en 2001 al 71% en 2010.

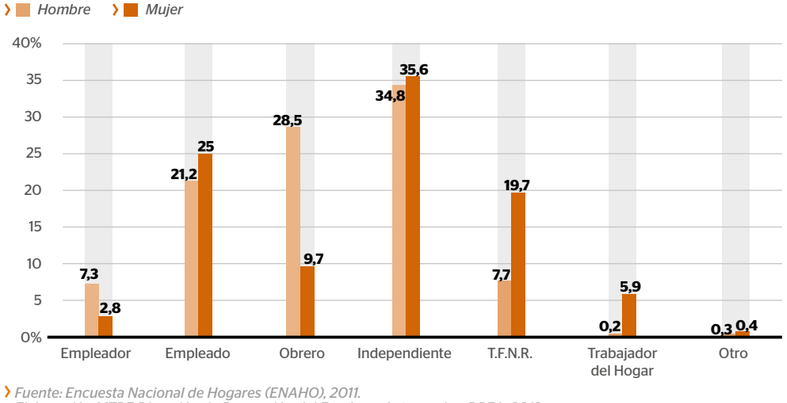
No obstante los lentos avances en promedio, es pertinente realizar un análisis más detallado de la población en edad de trabajar, el tipo de actividad que realizan las mujeres en sectores no agrícolas y las condiciones en las que se encuentran laborando. En el Perú urbano, según la Encuesta Nacional de Hogares-ENAHO, la tasa de actividad (Población Económicamente Activa/Población en Edad de Trabajar) de la población femenina fue de 53.8%, mientras que la masculina alcanzó el 82.7%. Dicha situación refleja una menor participación de la mujer en el campo laboral. Esta característica es una constante a nivel nacional, en el área urbana y rural.

Según categoría ocupacional, como se observa en el Gráfico 16, las mujeres se desempeñan principalmente como trabajadoras independientes (35.6%) y empleadas (26.0%). En el caso de los hombres, las tres principales categorías ocupacionales donde se desenvuelven son: trabajadores independientes (34.8%), obrero (28.5%) y empleados (21.2%).

Asimismo, la PEA ocupada femenina y masculina trabaja principalmente en empresas que tienen entre 1 y 9 trabajadores (75.8% de las mujeres trabaja en este tipo de empresas) y, en menor medida, en aquellas empresas de 50 a 99 trabajadores.

En términos de ingresos, todavía las mujeres perciben una remuneración menor que sus pares varones, por igual trabajo. No se observa una tendencia a la disminución de la brecha de género en la última década. Por el contrario, de acuerdo a la información del último trimestre del año 2011 del INEI, el ingreso de las mujeres representa el 56.7% del ingreso de los hombres, mostrando una brecha mayor a la reportada en el trimestre similar del año 2010 en el que las mujeres percibían el 62.0% de los ingresos de los hombres.

GRÁFICO Nº 16
Perú urbano: PEA ocupada por categoría ocupacional (%). 2011



Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO), 2011.
Elaboración MTPE-Dirección de Promoción del Empleo y Autoempleo-DPEA, 2012.

Asimismo, las mujeres con más de 13 años de estudios aprobados han pasado de ganar el 68.2% de lo que percibía un hombre en el 2001, a un ingreso mensual que equivale al 59.7% de lo que gana un varón en el 2011. De esta manera, el crecimiento económico sostenido del país y la mayor incorporación de las mujeres a la PEA (pasó del 58.4% en el 2001 al 65.2% en el 2011) no ha significado necesariamente la disminución de las brechas de género salariales. Respecto a este último punto, cabe advertir que en general, en la última década, el poder adquisitivo del salario mínimo real solo se ha incrementado en el país en un 9%, mientras que en América Latina se incrementó en un 50%[33].

El caso del trabajo doméstico remunerado merece atención especial por constituir un sector de empleo vulnerable y mayoritariamente femenino. Estos trabajadores y trabajadoras representan el 3.15% de la masa laboral, y solo el 5% de dicho universo son varones. Aunque las peruanas participan en el empleo doméstico en menores proporciones frente a sus pares en América Latina (7% frente a 14% respectivamente), sus condiciones de trabajo parecen ser más difíciles: sólo el 7.2% de las trabajadoras domésticas asalariadas cotiza a la seguridad social (pensiones o jubilación), frente al 18.7% de la fuerza laboral femenina, lo que constituye una de las tasas más bajas de la región[34]; tienen solo 15 días de vacaciones, medio sueldo por año de servicio, trabajan 6 días a la semana y se dice, en términos de jornada, que deben descansar 8 horas diarias[35].

Persisten también las desigualdades entre niveles socioeconómicos y regiones. De acuerdo a los quintiles de pobreza, se observa que en el primer quintil la proporción de mujeres asalariadas es menor que en todos los demás. Sin embargo, se trata del quintil donde se produjo el mayor crecimiento de la participación femenina, pasando de 20.6% en el 2001 a 31.0% en el 2011.

A nivel de los departamentos, entre los años 2001 y 2011 la participación de las mujeres en empleos no agrícolas muestra situaciones variadas. En 17 departamentos (Huánuco, Junín, Cusco, Cajamarca, Loreto, Lima y Callao, Ica, Arequipa, La Libertad, Amazonas, San Martín, Ancash y Pasco) aumenta la participación de las mujeres en empleos remunerados no agrícolas; mientras en siete departamentos (Tumbes, Tacna, Moquegua, Puno, Huancavelica, Apurímac y Madre de Dios) disminuyó respecto al año 2001.

En el caso de las mujeres indígenas, según datos del II Censo de Comunidades Indígenas de la Amazonía, una tercera parte (32.6 %) de las mujeres de 14 y más años de edad participan en la actividad económica, mientras que los hombres que participan llegan al 73.9%. Sin embargo, se estima que la participación de las mujeres es mayor, pero habría una subvaloración al no declarar su participación como "trabajo" sino como "ayuda"[36].

TABLA N° 1
Proporción de mujeres entre los empleados asalariados del sector no agrícola urbano, de 14 a más años de edad del por quintil de pobreza, 2001-2011

Quintil	2001	2005	2011
Quintil I	20,6%	25,7%	31,0%
Quintil II	26,7%	30,1%	34,4%
Quintil III	31,6%	31,8%	37,0%
Quintil IV	37,0%	35,0%	40,6%
Quintil V	38,6%	40,0%	43,3%

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2001-2011

[33] Proyecto Análisis Político y Escenarios Prospectivos – Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Perú: la oportunidad de un nuevo ciclo de desarrollo. Escenarios prospectivos 2012-2016/ Informes nacionales de prospectiva política PAPEP-PNUD, IDEA Internacional. Lima, 2012.

[34] Organización Internacional del Trabajo, Nuevas notas OIT sobre trabajo doméstico remunerado en América Latina y El Caribe, 2011.

[35] Ley Nº 27986, publicada el 03 de junio de 2003.

[36] INEI y Movimiento Manuela Ramos, Brechas de género insumos para la adopción de medidas a favor de las mujeres. Lima, 2010.

META 3C: PROPORCIÓN DE ESCAÑOS OCUPADOS POR MUJERES EN EL PARLAMENTO NACIONAL

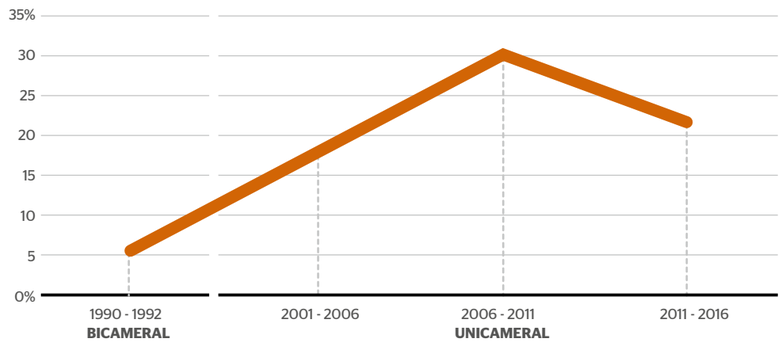
Tendencias nacionales de avance. Análisis realizados con posterioridad a la aplicación de la cuota de género en los años noventa han demostrado que, para garantizar la presencia de las mujeres en los cargos por elección popular (considerando su histórica exclusión), es necesaria la adopción de acciones afirmativas que corrijan las desigualdades estructurales entre mujeres y hombres. Así lo establece el artículo 4º de la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, así como las demandas de las organizaciones feministas y de mujeres.

En 1997, el Congreso aprobó la Ley de la cuota de género en la composición de las listas electorales—Ley de Elecciones Municipales y Ley Orgánica de Elecciones Generales–, señalando primero que la lista debe incluir un número no menor de 25% de hombres o mujeres, posteriormente elevada al 30%. Más adelante estableció la cuota de 15% para comunidades nativas y pueblos originarios; y las cuotas para jóvenes.

En cuanto a la cuota de género, el impacto de la aplicación de este mecanismo se evidenció rápidamente. El número de mujeres en el Congreso de la República se triplicó hasta casi alcanzar el 30% en las elecciones del 2006. Sin embargo, en las últimas elecciones (2011) la representación femenina disminuyó considerablemente.

El incremento progresivo, aunque no sostenido, de la representación parlamentaria femenina, es un avance para la democracia, en tanto se trata de una representación más equitativa de la composición de la población. Asimismo, es destacable la capacidad de articulación transversal de las mujeres de los distintos partidos políticos y movimientos regionales, expresada en la constitución de instancias de coordinación como la Red Nacional de Mujeres Autoridades Locales y Regionales del Perú (RENAMA) y la Mesa de Mujeres Parlamentarias, que impulsó la aprobación de la Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres en el 2007, la tipificación del delito de feminicidio en el 2011; y, la resistencia frente a la iniciativa de eliminar el voto preferencial para la elección al Congreso sin incorporar un mecanismo alternativo que garantice la ubicación equitativa de mujeres y hombres al interior de las listas.

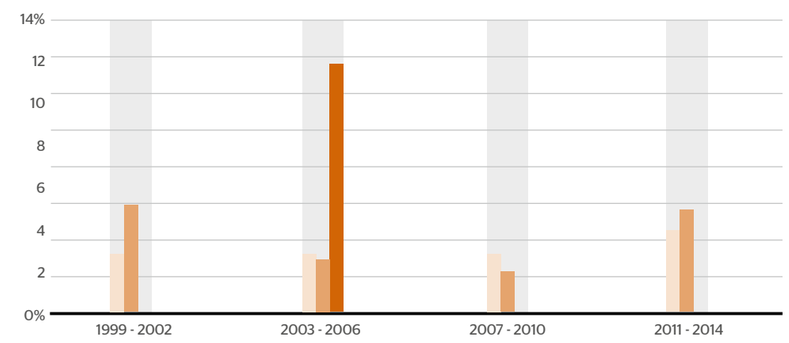
GRÁFICO Nº 17
Porcentaje de puestos ocupados por mujeres en procesos electorales parlamentarios



Fuente: Oficina Nacional de Procesos Electorales. Solo incluye Cámara de Diputados o Cámara Baja.

* EL NÚMERO DE MUJERES EN EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA SE TRIPLICÓ HASTA CASI ALCANZAR EL 30% EN LAS ELECCIONES DEL 2006. SIN EMBARGO, EN LAS ÚLTIMAS ELECCIONES (2011) LA REPRESENTACIÓN FEMENINA DISMINUYÓ CONSIDERABLEMENTE.

GRÁFICO 18
Porcentaje de alcaldías y presidencias regionales ocupadas por mujeres



Fuente: Elaboración propia

La mayor presencia de mujeres en cargos de elección popular se da en regidurías distritales y provinciales, es menor como consejeras regionales, y casi inexistente en las presidencias o vicepresidencias regionales. Ello pone de manifiesto la necesidad de mantener la cuota de género y perfeccionarla como cuota de mujeres, para promover una mayor incorporación. En el caso de las alcaldías y la presidencia de regiones, la cuota de género solo se aplica a las listas de regidores municipales y consejeros regionales, por lo que el 5% de mujeres que ocupan estos cargos refleja claramente la imposibilidad de avanzar hacia la paridad sin un mecanismo de acción afirmativa.

Desigualdades persistentes en la representación política. Históricamente la sociedad no ha promovido la participación política de las mujeres; sin embargo, en términos de país se observa una tendencia de progreso en cuanto a la presencia de las mujeres en el parlamento. En tal sentido, se observa un incremento del 5.6% en 1990 al 21.5% en el 2011, habiendo llegado en el 2006 casi al ideal de la cuota establecida de 30%.

No obstante los avances en el nivel nacional, a nivel regional 12 (46.1%) de las 26 circunscripciones electorales en las que se divide el país no cuentan con representación parlamentaria femenina. Esta situación obedecería a que las mujeres suelen ser ubicadas en los últimos lugares de las listas, o porque los y las electores/as, aún no creen que elegir a una mujer como representante sea beneficioso y constituya parte del derecho de las mujeres.

El aumento de la representación femenina en el Parlamento ha venido acompañada del ingreso a la política de mujeres de distintas etnias quienes han posicionado oficialmente el uso de su lengua e indumentaria tradicional. Asimismo, a nivel de consejos regionales hay por lo menos 6 gobiernos regionales cuya representación femenina excede el 40%. ●

TABLA N° 2
Mujeres en regidurías provinciales y consejos regionales: períodos 1995, 2002, 2006 y 2010

Cargo	1995	2002	2006	2010
Regiduría provincial	8,4%	26,4%	24,0%	28,0%
Consejeras regionales	...	22,4	24,0	28,0

Fuentes: i) MIMDES 2011. Resultados Elecciones Regionales y Municipales 2010. Cumplimiento de las cuotas electorales. Documento de trabajo. ii) MIMDES, 2008. Análisis de la participación política y ciudadana de las mujeres en los espacios locales y regionales

* A NIVEL REGIONAL 12 (46.1%) DE LAS 26 CIRCUNSCRIPCIONES ELECTORALES EN LAS QUE SE DIVIDE EL PAÍS NO CUENTAN CON REPRESENTACIÓN PARLAMENTARIA FEMENINA.

Fotografía: Charles Ouvrard / UNICEF Perú

FACTORES CLAVE PARA EL PROGRESO EN EL ODM 3

Igualdad entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria.

Entre los factores que explican los avances en la dimensión educativa está la **ampliación de los Centros Educativos Iniciales-CEI y de los Programas No Escolarizados de Educación inicial-PRONOEI.** Estos instrumentos están dirigidos a dotar de educación a niñas y niños entre 3 y 5 años, vinculándolos al inicio de la primaria. De esta manera, se evita que no lleguen al sistema o que inicien con retraso. Los CEI están a cargo de maestras tituladas y funcionan cinco días de la semana, mientras que los PRONOEI están a cargo de madres de familia de la comunidad, capacitadas y supervisadas por profesoras tituladas, y funcionan en locales comunales, cuatro días de la semana.

Los programas de **desayunos escolares** han estado dirigidos a niñas y niños entre 4 y 13 años de edad en las zonas rurales y consisten en la entrega diaria de un desayuno escolar. Según las evaluaciones existentes se encontró que los niños y niñas tuvieron tasas de asistencia por encima del grupo de control; es decir, el Programa consiguió generar incentivos en los padres y madres para enviar a sus hijas e hijos a la escuela. Si bien aún no hay evaluaciones similares para el Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma, se infiere que podría tener un efecto similar como incentivo para la asistencia a la escuela.

También los **condicionamientos del programa Juntos** constituyeron un factor positivo. Las transferencias condicionadas de dinero (100 soles mensuales en efectivo) que, desde el año 2005, se entregan a los hogares en situación de extrema pobreza de los distritos rurales más pobres del país, han contribuido a asegurar la matrícula y la asistencia de las niñas y niños entre 6 y 14 años de edad a las escuelas de las zonas rurales. Un estudio en población pobre beneficiaria encuentra entre los impactos de este programa la mayor asistencia a la escuela, con énfasis en las niñas, así como la reinserción en el sistema educativo y una disminución de la deserción escolar[37]. En ese sentido, se considera que una condicionalidad adicional podría establecerse para que los hogares aseguren la permanencia y logros educativos de las adolescentes rurales, conforme lo plantean los investigadores Vásquez y Monge[38].

Sin embargo, en términos de género la situación de las mujeres madres encargadas de gestionar, cumplir las condicionalidades, recibir y distribuir el dinero (beneficiarias operativas) no contribuye a desmontar la tradicional división sexual del trabajo y el inequitativo reparto de oportunidades y responsabilidades de trabajo productivo y de cuidado. La Encuesta Nacional del Uso del Tiempo de 2010 encuentra que las mujeres rurales dedican a las actividades domésticas 26.58 horas semanales más que los hombres; y 10 horas más que sus pares en áreas urbanas.

Finalmente, la **Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza** ha sido un medio importante para que los actores identificados con la agenda de la educación, de manera especial la de las niñas y adolescentes, puedan promoverla en diversos planos. En esa línea se enmarcan los 25 acuerdos de gobernabilidad suscritos en el contexto de las elecciones regionales de 2010. Todos los acuerdos contienen objetivos de mejora de la educación, tanto en términos de cobertura

▶ S/.100 MENSUALES ENTREGA EL PROGRAMA JUNTOS A LOS HOGARES EN SITUACIÓN DE ESTREMA POBREZA.

[37] X. Salazar y R. Vargas, op. cit.

[38] E. Vásquez y A. Monge, op. cit.

Fotografía: SNU

*

LOS PROGRAMAS DE DESAYUNOS ESCOLARES HAN ESTADO DIRIGIDOS A NIÑAS Y NIÑOS ENTRE 4 Y 13 AÑOS DE EDAD EN LAS ZONAS RURALES, Y HAN CONSEGUIDO GENERAR INCENTIVOS EN LOS PADRES Y MADRES PARA ENVIAR A SUS HIJAS E HIJOS A LA ESCUELA.

para educación inicial y secundaria como de logros de aprendizaje, especialmente en el caso de primaria.

Empleo. El crecimiento económico y las nuevas inversiones han sido un factor positivo detrás de los avances en este indicador. Sin embargo, a pesar de ser buenos ingredientes, no son suficientes por sí solos para reducir las brechas. La capacidad inercial del crecimiento económico es limitada e insuficiente, en términos de inclusión y redistribución. Por eso son importantes los marcos regulatorios y las políticas públicas que demandan un rol activo del Estado.

También puede considerarse como factor positivo para la autonomía de las mujeres su **mayor escolaridad y calificación.** Como se ha observado, según los datos analizados en términos de acceso a la educación básica y superior, tanto técnica como universitaria, la brecha de género se ha cerrado. Es decir, existe un contingente femenino educado y calificado, similar al masculino, pero que debido a otros elementos del entorno tienen menos posibilidades de acceder a un trabajo decente para alcanzar la autonomía económica. Por ejemplo, ser mujer en edad reproductiva (15 a 49 años), constituye una "categoría de sospecha" para los empleadores, en el entendido que la mujer es la responsable del trabajo doméstico y del cuidado de niñas/os y demás miembros del hogar que lo requieran. Sobre esto último, los datos de la ENUT muestran que, cuando las mujeres se emparejan, el número de horas de trabajo doméstico no remunerado se incrementa en 7 horas más a la semana.

Asimismo, se ha registrado un **incremento de la búsqueda de autonomía económica.** La autonomía económica es la capacidad y posibilidad de generar ingresos para satisfacer las necesidades y superar la dependencia vital, pues se considera que quien no los genera es "pobre" aun cuando tenga la posibilidad de acceder a los ingresos de otros. Además del sustento presente, se trata también de la atención de salud y los derechos previsionales propios. En el caso de las mujeres con dedicación exclusiva al trabajo doméstico no remunerado, cuando el hogar es biparental, se depende de los ingresos de la pareja.

Las mujeres saben que la dependencia económica potencia las relaciones de poder asimétricas que se reproducen en la pareja, limitando su derecho a decidir libremente sobre la vida personal, lo que aumenta condiciones de baja autoestima, favoreciendo episodios de violencia psicológica, verbal y sexual. Entonces, las mujeres persiguen la autonomía económica como una condición facilitadora del derecho a la igualdad, más allá del mero discurso autonómico[39].

También se observa una serie de **acciones afirmativas o medidas de carácter temporal** con incidencia positiva. En materia de formación laboral juvenil se aprobó la Ley Nº 28518, sobre modalidades formativas. Esta norma señala en su artículo 17º, que *"(...). El número de beneficiarios en la modalidad de capacitación laboral juvenil puede incrementarse en 10% (adicional al 20%) si este porcentaje está compuesto por jóvenes con discapacidad, así como por jóvenes madres con responsabilidades familiares"*. Algunas de estas medidas se han dado también a nivel sub-nacional.

Representación política. Entre los **factores normativos** con impacto positivo está un marco jurídico que establece la obligatoriedad de la cuota de género en las listas de candidatos para las elecciones generales, regionales y municipales. Asimismo, normas del Jurado Nacional de Elecciones que establecen que la cuota mínima del 30% en cada distrito electoral, será siempre un número entero, es decir, que cuando el resultado es una fracción inferior a 0.5, la cuota se redondea hacia arriba; además, del reconocimiento de la naturaleza de acción afirmativa dirigida a acortar la brecha entre mujeres y varones en el campo político.

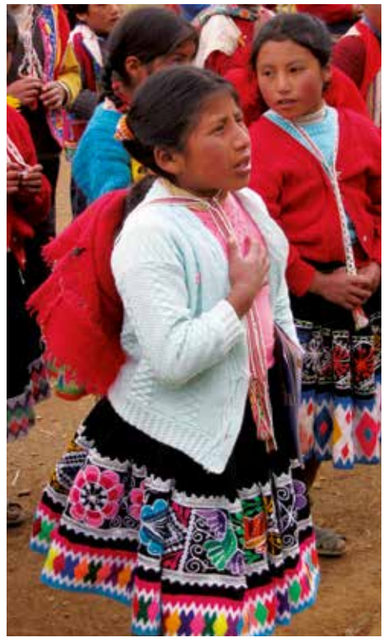
Por otra parte, el voto preferencial es un mecanismo que permite elegir dos candidatos/as de la misma lista y alterar la ubicación establecida por la agrupación política. Ha sido cuestionado por muchos debido a que encarniza la competencia al interior de los partidos políticos. Sin embargo, en el caso de las mujeres ha permitido una mayor movilidad. En las últimas elecciones, de las 28 congresistas mujeres elegidas, 14 (50%) remontaron su ubicación en lista luego de la votación, sólo 6 (21%), bajó de posición y un 8 (29%) se mantuvo en el mismo lugar[40]. De esta manera, a través del voto preferencial, el electorado da a las mujeres una mejor posición que su partido. Asimismo, el artículo 5 del Reglamento de la Ley 29785, Ley de Consulta Previa a los Pueblos Indígenas u Originarios, reconocido en el Convenio 169 de la OIT, establece que la obligación de consultar significa que el Estado prestará espe-

[39] 1) Rosa Bravo, *Avances y desafíos en torno a la autonomía económica de las mujeres.* Santiago de Chile, 2009.; 2) Teresa Valdés (ed) *¿Género en el poder? El Chile de Michelle Bachelet.* Santiago de Chile, 2010.

[40] Portal Manuela Ramos, www.manuela.org.pe, 2012.

[41] Petición presentada por la ONG Manuela Ramos y la Defensoría del Pueblo (Petición 517/01), ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos por la violación de los artículos 1.1º, 23º y 24º de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. Actualmente en la fase de solución amistosa.

Fotografía: UNICEF Perú



cial interés a la participación de las mujeres, en particular en funciones de representación.

La **alta asociatividad de las mujeres** ha sido favorable. A nivel nacional las mujeres integran distintas organizaciones locales, regionales y nacionales. Están las organizaciones sociales de base, las federaciones campesinas, las asociaciones de familiares y víctimas del conflicto armado interno, las redes de mujeres por ejes temáticos (por la salud sexual y reproductiva, por derechos laborales, contra la violencia, etc.) y las organizaciones de mujeres indígenas andinas y nativas. Además, estas últimas también integran organizaciones mixtas. Es destacable el caso de las mujeres indígenas, quienes libran una doble lucha: junto con sus pueblos demandando los derechos colectivos que como tales les corresponden; y, al interior de sus pueblos, tratando de cambiar las tradiciones que las oprimen y excluyen de los recursos y toma de decisiones.

Diversas **acciones de promoción y vigilancia han tenido impactos positivos.** Las campañas de documentación realizadas desde distintas oficinas del Estado y organizaciones de la sociedad civil. Intervienen de manera articulada distintos actores involucrados en esta problemática: para superar las barreras económicas (gratuidad del DNI), geográficas (desplazamiento de equipos itinerantes) y administrativas, (Registro Nacional de Identificación y Estado Civil-RENIEC, Municipalidades, Servicios de Salud).

También han destacado las campañas de promoción de las candidaturas femeninas, fundamentalmente desde las organizaciones de la sociedad civil: "De tus dos votos al Congreso, dale uno a la mujer", "Vota mujer". Sin embargo, cabe precisar que a 15 años de vigencia de la ley de cuotas, las mujeres han dejado de ser novedad en el espacio político. Por su parte, el Jurado Nacional de Elecciones-JNE y la Oficina Nacional de Procesos Electorales-ONPE, han contribuido a la promoción a través de la Escuela de Gobernabilidad y el Proyecto de Participación Política de las Mujeres, respectivamente.

Cabe recalcar el impacto del programa Juntos, creado en el 2005, también en este ámbito. El dinero (100 soles mensuales o 40 dólares) se entrega a las madres a condición de que sus hijas e hijos menores asistan a la escuela, se vinculen a los servicios de salud (vacunas) y estén documentados (Documento Nacional de Identidad-DNI). Finalmente, ha tenido un impacto positivo el monitoreo y vigilancia de la Defensoría del Pueblo y de las organizaciones feministas y que trabajan por los derechos de las mujeres, llegando incluso a la judicialización en casos de incumplimiento legal o de interpretación restrictiva[41]. ●

PRINCIPALES BARRERAS PARA EL ODM 3

Igualdad entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria. Una de las barreras para la evolución positiva de este indicador ha sido la **dispersión geográfica de las escuelas rurales.** La ENAHO 2011 preguntó a la población de 6 a 16 años de edad sobre las razones de inasistencia escolar a un centro educativo, y el 3.5% señaló como razón la inexistencia de un establecimiento de enseñanza en su centro poblado. Existen 42,000 escuelas rurales para 75 mil pequeños centros poblados, por lo que niños y niñas deben caminar grandes distancias, con el peligro de la violencia sexual que ello significa, además de las horas adicionales que se deben destinar para la ida y retorno de la escuela. Así, muchas adolescentes acaban desertando.

Otra importante barrera es la **inequitativa división sexual del trabajo.** La Encuesta Nacional del Uso del Tiempo de 2010 presenta evidencias de la participación frecuente de las adolescentes entre los 12 y 19 años de edad, en el trabajo doméstico no remunerado. Las adolescentes mujeres dedican 9.98 horas semanales más que sus pares los adolescentes varones a las labores domésticas, lo cual limita su desempeño escolar y su posibilidad de gozo a través del juego y el tiempo libre.

Asimismo, la **violencia de género en la comunidad educativa y en el trayecto hacia la escuela** ha sido una barrera importante. En zonas rurales, ir y venir de la escuela puede entrañar riesgos para las niñas y adolescentes. Los riesgos aumentan si el camino es largo, si se hace a pie y si se emprende después de oscurecer. Cuando las niñas llegan a la educación secundaria tienen que recorrer mucha más distancia para llegar a la escuela, porque hay menos oferta de servicios de este nivel, y las que existen suelen encontrarse alejadas de la comunidad. Las adolescentes objeto de violencia tienen dificultades para aprender, pierden su autoestima y pueden dejar de asistir a la escuela. Asimismo, cabe mencionar como factor negativo la reducida denuncia de abuso y violencia por parte de niñas y docentes ante las autoridades pertinentes.

Esta barrera puede ser abordada implementando iniciativas conjuntas entre padres de familia, organizaciones rurales, comunidades campesinas y nativas, y gobiernos locales; destinadas a mejorar o crear condiciones para que las niñas y adolescentes rurales puedan asistir regularmente a la escuela, como por ejemplo, brindarles compañía y seguridad para que transiten sin problemas entre sus casas y la escuela[42] . También podría implementarse, en las áreas rurales, el modelo de educación en alternancia (15 días internos en la escuela, incluye alimentación y alojamiento, y 15 días en la comunidad bajo un proyecto de intervención que se nutre de los conocimientos de las madres y padres). Además, se debe insistir en la aprobación de la iniciativa legislativa que impide el acceso a la carrera docente de personal con antecedentes de violencia familiar, presentada en el periodo legislativo 2006-2011.

Las **altas tasas de embarazo adolescente** han constituido otra barrera en el ODM 3. Si bien desde finales de los años noventa se prohíbe la expulsión de las adolescentes madres de la escuela, es innegable que el embarazo temprano resta oportunidades e impacta de una manera negativa en los planes de vida de las adolescentes. Cuando ocurre en situación de pobreza y/o de un entorno rural con limitado acceso a servicios diferenciados, constituye un grave riesgo para la salud y la vida de este grupo y de sus hijos e hijas, al mismo tiempo que repercute en el largo plazo limitando las opciones educativas y económicas de las jóvenes madres. Las cifras oficiales para el año 2011 indican que casi 14 de cada 100 mujeres adolescentes son madres o están embarazadas de su primer hijo (13.57%). El número de adolescentes madres varía según la pertenencia étnica y la zona geográfica. El informe de UNICEF sobre el estado de la infancia indígena reporta que el 22% de

[42] Artículo 29° de la Ley de promoción de la educación de la niña y adolecente rural, Ley N° 27558.

las adolescentes indígenas entre los 15 y 20 años de edad tiene al menos un hijo o hija (UNICEF, 2010).

Finalmente, una barrera importante es el **trabajo infantil.** De acuerdo con el artículo 51º del Código de los Niños y Adolescentes, la edad mínima para trabajar es de 14 años. Por excepción será de 12 años, siempre que las labores a realizar no perjudiquen su salud o desarrollo, ni interfieran o limiten su asistencia a los centros educativos y permitan su participación en programas de orientación o formación profesional. Sin embargo, existe un número considerable de niños y niñas, incluso por debajo de la edad permitida, que ni trabaja ni estudia. Para revertir dicha situación, se aprobó la Estrategia Nacional para la Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil (ENPETI) – 2012 -2021, que contiene un conjunto de acciones coordinadas que desarrollarán las entidades del sector público y diversos actores del sector privado, con el objetivo de prevenir y erradicar el trabajo infantil y la explotación infantil y adolescente.

***** LA APLICACIÓN DE LAS REFORMAS DE LIBERALIZACIÓN DE MERCADOS HA CONLLEVADO AL DEBILITAMIENTO DE LOS SISTEMAS DE REGULACIÓN Y PROTECCIÓN SOCIAL PÚBLICOS, ESPECIALMENTE LA PRIVATIZACIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS DE TODO TIPO, LAS NUEVAS ESTRATEGIAS DESCENTRALIZADAS Y FOCALIZADAS DE INTERVENCIÓN SOCIAL.

Empleo. Se nota una precarización del empleo relacionado con la flexibilización laboral a partir de la década de los años noventa. Las reformas implementadas impactaron en el sistema de protección social público, resultando en un mercado laboral en expansión generador de ingresos y con derechos insuficientes. En este contexto, una tarea prioritaria es avanzar en la construcción y/o fortalecimiento de un mercado laboral con derechos. Varios estudios han propuesto que el empleo productivo y pleno son la base para superar la pobreza y en especial los salarios son la principal fuente de recursos monetarios.

También en el avance de este indicador, la **persistencia de la división sexual del trabajo** ha sido una barrera. La incorporación al mercado laboral de las mujeres en igualdad de condiciones que los varones requiere redistribuir la carga de trabajo no remunerada asociada a la reproducción y el sostenimiento de la vida humana; y por otra parte, desmontar el sistema de poder que somete a las mujeres tanto en la dimensión privada como en la dimensión pública (CEPAL, 2010, págs. 11-12). Asimismo, se requiere de políticas laborales especiales para facilitar, a los padres y madres, el cuidado de sus hijos e hijas, como por ejemplo, la creación de lactarios, guarderías institucionales y licencias de paternidad equiparados a los de maternidad, de manera que sean iguales en duración, obligatorios e intransferibles.

Bajo este orden, las mujeres afrontan una doble jornada de trabajo: en la esfera productiva y en la reproductiva. Esta situación mantiene el predominio masculino en el trabajo remunerado y evidencia la discriminación y ausencia de igualdad de oportunidades laborales para las mujeres, lo que origina segregación ocupacional por género y la concentración de las mujeres en determinadas ramas de la actividad laboral, como el cuidado de la salud, la educación y trabajo independiente.

También es una barrera pertinente la existencia de **programas de cuidado basados en la tradicional división sexual del trabajo.** En el Perú, la obligación principal de proveer cuidados corresponde a las familias y recae generalmente sobre la mujer madre o sobre alguna otra mujer de su red de parentesco. En otros casos, cuando el nivel socioeconómico familiar lo permite, se contratan los servicios de una trabajadora o se paga a una institución especializada. Solo en el caso de vivir en situación de pobreza, pobreza extrema u otra condición de exclusión relevante, el Estado ofrece de manera residual servicios de cuidado a través de programas, como por ejemplo, servicios infantiles cogestionados con madres cuidadoras. La cobertura es de apenas 56 mil niños/as a nivel nacional, lo que representa el 4% de la población con derecho a ser cuidada, situación que se agrava en las zonas rurales.

Otra modalidad de cuidado es la que se da en el marco del derecho laboral. El mercado de trabajo peruano es altamente informal por lo que este tipo de medidas solo cubren a un pequeño porcentaje de la población y excluyen a las personas adultas mayores. De otro lado, mantener el cuidado como un derecho de las mujeres que trabajan y no como un derecho universal de los sujetos que deben ser cuidados, contribuye a mantener la división sexual del trabajo[43].

La **violencia de género** es otra importante barrera. Según datos de la Encuesta Apoyo[44] , el 55% de las y los entrevistados consideran que la violencia es el principal problema de las mujeres peruanas; entre ellos un 28% señala al acoso sexual. Para hacer frente a esta situación el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables promueve el desarrollo de directivas en el espacio laboral. En la actualidad los 25 gobiernos regionales han aprobado directivas para prevenir y atender las situaciones de acoso sexual, además de 49 dependencias estatales.

La violencia contra las mujeres es una vulneración de los derechos humanos que afecta su salud física y/o emocional, limita el desarrollo de competencias laborales, limita el logro ocupacional, como por ejemplo, promociones y ascensos, además de los descuentos por tardanzas y ausentismo. Producto de la violencia contra las mujeres, se calcula que las empresas tienen una pérdida de valor agregado empresarial de 6 mil 744 millones de dólares anuales, es decir, el equivalente al 3.7% del PBI[45] . Existen algunas empresas que a través de sus programas de Responsabilidad Social Empresarial han empezado a abordar el tema de los espacios laborales libres de violencia y también a trabajar con la comunidad.

En términos del ejercicio de los derechos laborales, persiste la **escasa supervisión por parte de las autoridades laborales.** El Estado peruano viene desarrollando distintos esfuerzos para contar con marcos regulatorios que garanticen derechos a las y los trabajadores; sin embargo, el número de inspectores/as auxiliares, inspectores de trabajo y supervisores, es insuficiente. El total nacional asciende a 416 personas, quienes carecen de metodologías de supervisión con enfoque de género, es decir, no se incluye como materia a supervisar en el espacio laboral la existencia e implementación de políticas contra el acoso sexual, la discriminación, las licencias por maternidad y paternidad, ni la desigualdad salarial.

Representación política. La cuota de género propició un significativo incremento de mujeres en el Parlamento en las elecciones del 2006 y 2011, respecto a las de 1990 y 2001. Sin embargo, Perú comparte con algunos países de la región dificultades en la aplicación de este mecanismo.

Entre las **barreras normativas** se encuentra que el texto de la ley no incluye el mandato de posición, por lo que las organizaciones políticas ubican a las mujeres en los últimos lugares de la lista. Asimismo, la interpretación de las autoridades electorales ha sido restringida, señalando que la norma establece que ninguna lista electoral llevará menos de un 30% de hombres o mujeres, por lo que cuando se presentan listas que incumplen el porcentaje legal de mujeres son igualmente admitidas. La inscripción de listas incompletas y el cómputo de titulares y suplentes para completar la cuota de género en las elecciones municipales y regionales, constituyen las principales formas de incumplimiento[46].

Hay escasa predictibilidad de la vigencia de las normas que reglamentan la cuota de género. Para cada proceso electoral, el JNE emite disposiciones específicas no siempre en el mismo sentido, por lo que se requiere avanzar en la aprobación de una norma de jerarquía de ley que reúna todos los criterios ya aplicados por el JNE más la alternancia. Otro factor que limita la efectividad de las leyes de cuotas, es la inexistencia de la sanción de no inscripción de la lista en caso

[43] 1) Laura Pautassi, *Cuidado y derechos: la nueva cuestión social*. Santiago de Chile 2012.; 2) Sonia Montaño y Coral Calderón (coords.), Santiago de Chile, *Comisión Económica para América Latina y el Caribe* (CEPAL). Santiago de Chile, 2009.

[44] Ipsos Apoyo – Opinión y Mercado, Encuesta 2011: Sexualidad, reproducción y desigualdades de género para Promsex y Movimiento Manuela Ramos. Lima, 2011.

[45] Vara H. Arístide, Los costos empresariales de la violencia contra la mujer en el Perú. Lima, 2012.

[46] Informe Defensorial N°122, "La Cuota de género en el Perú: Supervisión de las Elecciones Regionales y Municipales Provinciales". Lima, 2006.

Fotografía: SNU

de incumplimiento de la cuota; y la prohibición de sustituir candidatas mujeres por candidatos varones, cuando éstas han sido tachadas u observadas.

Entre las barreras **político-culturales** destaca la poca experiencia acumulada por las mujeres en los cargos de elección popular. De la actual representación parlamentaria (2012), sólo 10 (35.7%) reporta haber ejercido algún cargo por elección con anterioridad. El 64% de ellas son electas por primera vez; situación que las coloca en desventaja frente a los varones, con años en la cosa pública. Al mismo tiempo, existen pocas oportunidades para acceder a capacitación especializada en gestión pública, sobre todo para el manejo de herramientas presupuestales y de planificación sensibles al género.

También se erigen como barreras las condiciones en las cuales las mujeres afrontan la competencia electoral, como por ejemplo, menores recursos para financiar la campaña electoral cada vez más mediática y costosa, ya sea porque acceden mayoritariamente a empleos peor remunerados –solo 38.7% tiene un empleo remunerado en el sector no agrícola- o por la brecha salarial de género –las mujeres ganan el 56.7% de la remuneración de los varones-, lo que limita, además, su participación en los programas de formación política y en los procesos eleccionarios internos que establecen pagos indiferenciados para la inscripción de las candidaturas.

La pobreza de tiempo, debida a la división sexual del trabajo, sigue haciendo a las mujeres responsables y/o ejecutoras del trabajo de cuidado, dedicando ellas 23 horas con 35 minutos semanales más que los varones al trabajo doméstico no remunerado (INEI: ENUT 2010). Esto les resta oportunidades para obtener más y mejores ingresos, además de tiempo para las actividades de militancia, formación y proselitismo político, organizado alrededor del modelo de militante masculino que no tiene las responsabilidades domésticas o las tiene resueltas. Este trabajo de cuidado es de vital importancia para el funcionamiento y reproducción de la sociedad, y como tal debiera ser realizado de una nueva manera que equilibre los aportes de los hombres y las mujeres, del Estado y la sociedad (Montaño, 2010, pág. 28).

Las mujeres en el Perú enfrentan una alta prevalencia de violencia por razones de género. Según datos de las ENDES, en la última década, 4 de cada 10 mujeres, en edad reproductiva, fueron agredidas por su pareja. Esta vulneración a sus derechos trasciende el espacio doméstico, y en la función pública las hace víctimas del acoso político por parte de sus pares varones.

Fotografía: SNU

Fotografías: Kiko Castro-Mendívil / PPD / PNUD / GEF

DESAFÍOS EMERGENTES PARA EL ODM 3

Igualdad entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria. Además de la persistencia de las barreras mencionadas, uno de los problemas agobiantes y cada vez más pertinentes, debido a su impacto en la vida y la economía de los países en desarrollo, es el **cambio climático.**

En un contexto de relaciones desiguales entre mujeres y hombres, los eventos naturales impactan de manera diferenciada, dificultando el acceso y permanencia en la escuela, fundamentalmente en el caso de las niñas quienes junto a sus madres deben ocuparse de la alimentación, el agua y el cuidado de los más pequeños. Esto las expone incluso a situaciones de acoso y violencia sexual, sin posibilidad de anticoncepción oral de emergencia. Asimismo, el daño en la infraestructura, como vías de comunicación y aulas, interrumpe el ciclo de formación y favorece la deserción y el abandono.

Empleo. En este indicador también se perfila como desafío general y significativo el **cambio climático** y las tensiones entre un desarrollo económico principalmente extractivo y el desarrollo sostenible. Si bien históricamente los países en desarrollo han contribuido en menor medida a emitir los gases causantes del cambio climático, son sin embargo, los que más pueden sufrir las consecuencias debido a su vulnerabilidad y a su escasa capacidad de adaptación a esos fenómenos meteorológicos extremos.

Los sectores económicos que más dependen del clima, como la agricultura y el turismo, serán probablemente los más afectados, al igual que los poblados y las industrias situadas en zonas costeras y llanuras de inundación fluviales. Asimismo, el impacto de los desastres naturales en la infraestructu-

Fotografía: SNU

ra productiva y en las vías de comunicación, interrumpen los ciclos productivos.

Tomando como base la ENAHO 2010, la población en edad de trabajar concentra un mayor porcentaje femenino (50.2%); sin embargo, la PEA femenina es inferior (44.4%), respecto a la masculina (55.6%). La población inactiva es mayoritariamente femenina (66.6%). Cabe advertir que este abultado porcentaje de mujeres inactivas esconde el trabajo doméstico no remunerado y las actividades de cuidado.

Es importante también tomar en cuenta como desafío las brechas en el acceso a las **tecnologías de la información y comunicaciones** (TIC), ya que las TIC son cada vez más importantes en el desarrollo y abren oportunidades para el empoderamiento de las mujeres y la igualdad de género, incluyendo el campo del empleo. A nivel latinoamericano, se considera que las mujeres no están todavía en igualdad de condiciones en comparación con los hombres en la sociedad de la información y el conocimiento en los hogares. Es importante contar con mayor información que permita hacer seguimiento de estas brechas en el Perú.

Por otro lado, la **migración, trata y tráfico de migrantes,** amenazando especialmente a las mujeres. Es un crimen en aumento a nivel mundial y que no solo alude al tráfico de personas hacia Europa, sino dentro de las fronteras nacionales y casi siempre aprovechando la búsqueda y necesidad de conseguir un trabajo. La legislación penal nacional define la trata como la actividad que:

> *"(...) promueve, favorece, financia o facilita la captación, transporte, traslado, acogida, recepción o retención de personas, en el territorio de la República o para su salida o entrada del país, recurriendo a: la violencia, la amenaza u otras formas de coacción, la privación de libertad, el fraude, el engaño, el abuso del poder o de una situación de vulnerabilidad, o la concesión o recepción de pagos o beneficios, con fines de explotación, venta de niños, para que ejerza la prostitución, someterlo a esclavitud sexual u otras formas de explotación sexual, obligarlo a mendigar, a realizar trabajos o servicios forzados, a la servidumbre, la esclavitud o prácticas análogas a la esclavitud u otras formas de explotación laboral, o extracción o tráfico de órganos o tejidos humanos"* [47].

El Informe Defensorial N° 158, denominado "La Trata de Personas en agravio de niñas, niños y adolescentes", encontró que la mayoría de víctimas son adolescentes mujeres y que el 53% de los procesados por este delito fueron condenados a penas menores a las establecidas en la ley argumentando que los padres de las víctimas dieron su consentimiento o que el negocio donde eran explotados los menores de edad era pequeño y estaba formalmente constituido. Asimismo, en la mayoría de los casos analizados, las víctimas son mujeres adolescentes, provenientes de distritos cuyo índice de pobreza supera el 16%, que son engañadas con la oferta de empleo y luego terminan siendo explotadas sexualmente. Según el estudio realizado, las zonas de captación son principalmente Iquitos y Ucayali; mientras que los lugares de explotación más frecuente son Lima y Cusco.

Representación política. Ante todo, es necesario articular diversas intervenciones priorizadas con las intervenciones para cerrar las brechas de género. En países con altas tasas de pobreza y pobreza extrema se suelen privilegiar las intervenciones para atender la desigualdad social y la pobreza material en desmedro de la desigualdad de género, o no considerar que se trata de brechas que se entrecruzan (género, etnia y condición socio económica) y que podrían ser atendidas de manera simultánea, ya que la desigualdad de género es socialmente injusta y económicamente ineficiente, en tanto impide o desperdicia el aprovechamiento del capital humano.

Asimismo, muchos de los programas de lucha contra la pobreza son **programas protectores y no habilitadores en términos de ciudadanía y sostenibilidad.** También se observa que parte considerable de las estrategias recaen sobre las mujeres, quienes a través de su tiempo y "trabajo voluntario"[48] cubren las carencias de la red social pública de servicios o actúan como articuladoras entre las familias y los servicios del Estado, lo que dificulta su acceso al mercado laboral y la política, reforzando la concepción de los hombres como ajenos e incapaces en todo lo doméstico.

Las crisis financiera y económica mundiales, y el crecimiento económico sostenido del Perú, considerado hoy como país de renta media-alta, han dado como resultado la disminución de la canasta de **fondos de la cooperación internacional,** sin que el Estado asuma plenamente la obligación de garantizar y promover la igualdad entre los géneros. Es decir, hay menos recursos disponibles para el trabajo de promoción, vigilancia e incidencia.

Persiste el **poco interés en la política y la baja legitimidad de los partidos políticos,** y enfrentarlo se hace cada vez más urgente. Si bien la población peruana apoya mayoritariamente la democracia, solo uno de cada cinco peruanos cree en el voto como un mecanismo para cambiar las cosas (Latinobarómetro, 2011), y solo tres de cada diez tienen interés en la política. Este desencanto y desinterés ocurre frente a la política partidaria que es percibida como una actividad alejada de las preocupaciones cotidianas de la gente, pero no necesariamente debe entenderse como una apatía generalizada de la ciudadanía frente a la cosa pública. Hoy existen diversos colectivos, movimientos y organizaciones, articulados incluso a redes regionales e internacionales, que canalizan intereses diversos; por ejemplo, las organizaciones de mujeres, los grupos ambientalistas, los movimientos de mujeres indígenas y nativas, entre otros.

Aplicar la cuota de género en un escenario como el descrito no ha sido tarea sencilla, más aún por la naturaleza de este mecanismo de acceso que no tiene por función controlar la calidad de las representantes –que pueden ser tan idóneas o incompetentes como sus pares varones[49].

El desarrollo de la Responsabilidad Social Empresarial (RSE) en el país ofrece oportunidades para intervenir en las comunidades y canalizar recursos para mejorar las condiciones en que viven las mujeres. Sin embargo, hay algunas resistencias a trabajar los temas de empoderamiento de las mujeres para la participación social y política, pues en cierta forma se teme que estas nuevas acciones ocasionen mayores conflictos en y con la comunidad. ●

[47] Código Penal, artículo 153º.

[48] La calificación de voluntario no es del todo real, el surgimiento y crecimiento de muchas de las organizaciones sociales de mujeres está asociado a un contexto de crisis económica con el fin de cubrir la necesidad de alimentación de sus familias.

[49] Jennie Dador, "Militancia femenina y agenda partidaria. La presión de la competencia masculina", en: Fronteras interiores: identidad, diferencia y protagonismo. Lima, 2007.

AVANCES Y DESAFÍOS DEL ODM 3 A NIVEL REGIONAL: LORETO

La región Loreto es la más extensa del país, ocupando más de la cuarta parte del territorio. Está dividida en 7 provincias y 51 distritos, en los cuales viven 705 de las 1,786 comunidades indígenas existentes a nivel nacional. Según las proyecciones del INEI, en el año 2011 Loreto contaba con una población de 995,355 habitantes, la cual representa el 3.3% por ciento de la población nacional. Por sexo, los hombres representaron el 52.2% y las mujeres el 47.8% de la población total del departamento.

En términos de **acceso a la educación,** se encuentra entre las regiones que presentan las tasas más bajas de asistencia de adolescentes mujeres a la educación secundaria: 57.1% de varones asiste a la escuela secundaria y solo un 51.5% de adolescentes mujeres. Esto la convierte en la región con el índice de género o de paridad entre los sexos más bajo: 0.903%.

Frente a estas brechas, los Centros Rurales de Formación en Alternancia constituyen una potencial oportunidad para garantizar la permanencia y conclusión de la secundaria en las zonas rurales, especialmente de las adolescentes. El modelo de educación en alternancia consiste en pasar 15 días en la escuela, lo que incluye alojamiento y alimentación, y 15 días en la comunidad, bajo un proyecto de intervención que se nutre de los conocimientos de las madres y padres y de los/as Yachachik de la comunidad.

Sin embargo, en la práctica, muchas adolescentes no están asistiendo a la escuela en Loreto. Por ejemplo, en los territorios del pueblo Urarina funciona una de estas escuelas secundarias, pero no se ha matriculado ninguna estudiante mujer durante los tres años de funcionamiento. Uno de los factores principales de esta situación es la discriminación de los indígenas que son padres y siguen privilegiando los estudios de sus hijos varones, negándoles este derecho a sus hijas mujeres. De esta manera, las condenan a la maternidad temprana y la transmisión intergeneracional de la pobreza.

Por otra parte, Loreto es una de las regiones en las que en la última década se incrementó la **participación femenina en el empleo remunerado no agrícola.** Según información del INEI para el año 2011, los principales sectores económicos de Loreto son el comercio, con una participación de 17.1%; otros servicios, con 15.8%; agricultura, caza y silvicultura con 13%, y manufactura con 12.2%. Sin embargo, es uno de los departamentos de la de la selva que presenta la proporción más baja de empleo femenino remunerado no agrícola. Así se tiene que, mientras el promedio nacional es de 38.5%, en la selva apenas se alcanza el 33.9%. Similar es la situación en términos de brecha salarial de género, ya que en esta región las mujeres perciben solo el 54.7% del ingreso de los hombres, mientras la proporción nacional alcanza el 59.7%.

Las brechas son también notorias en términos de **participación política.** Loreto es una de las regiones, que, a pesar de la existencia de un mecanismo de acción afirmativa como la cuota de género, no ha tenido nunca representación femenina en el Congreso de la República; tampoco hay consejeras mujeres en su gobierno regional. En el caso de la cuota para comunidades nativas y originarias, para su aplicación se requiere acreditar la pertenencia a una comunidad o pueblo nativo con la conformidad del jefe o representante de la comunidad, reconocida ante la Dirección Regional Agraria. Esta cuota se aplica para la elección a los consejos regionales de los gobiernos regionales y para los concejos municipales de las municipalidades provinciales.

En la práctica ambas medidas, la cuota de género y la de comunidades, si bien en teoría promueven la participación de estos grupos históricamente excluidos, también representan, junto con la cuota de jóvenes, una amenaza para ellas mismas. Esto se debe a que las organizaciones políticas buscan cumplir con las cuotas presentando a una persona que reúna todas las condiciones; de esta manera no ven disminuidas las ubicaciones que pueden ocupar otros candidatos.

Entonces, en esta región la cuota de género ha tendido a aplicarse de manera conjunta ya sea con la cuota de jóvenes o con la de nativos, desvirtuando el propósito original de las normas. En las elecciones del 2010, en las listas inscritas para consejeros regionales un 7.78% fueron personas que al mismo tiempo cumplían con ser mujeres, jóvenes y nativas. En el caso de las regidurías provinciales el 18.89% fueron mujeres jóvenes y el 12.22% mujeres nativas.

No obstante estas dificultades, sería recomendable que las cuotas se apliquen a la fórmula para la presidencia y vicepresidencia y a la lista para el consejo regional donde cada provincia elige a su representante –generalmente uno/a.

GRÁFICO N° 19

Comparativo: Mujeres en listas que cumplen dos de las cuotas (mujeres jóvenes y mujeres nativas) y las tres cuotas (mujeres jóvenes y nativas) a nivel nacional, Elecciones 2010

Nacional	Elecciones Regionales / Municipales - 2010											
	Mujeres jóvenes				Mujeres nativas				Mujeres jóvenes y nativas			
	Presentadas		Inscritas		Presentadas		Inscritas		Presentadas		Inscritas	
Presidente Regional	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Vicepresidente Regional	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Consejo Regional	282	19,09%	229	20,39%	144	9,75%	118	10,51%	111	7,52%	96	8,55%
Accesitario	376	25,54%	287	27,05%	143	9,71%	113	10,65%	89	6,05%	74	6,97%
Alcalde Provincial	1	0,42%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Regidor Provincial	448	20,02%	418	20,44%	239	10,68%	225	11,00%	167	7,46%	157	7,68%

Fuente: Jurado Nacional de Elecciones

*** 17.1%**

ES LA PARTICIPACIÓN DEL COMERCIO COMO PRINCIPAL SECTOR ECONÓMICO DE LORETO. OTROS SERVICIOS REPRESENTAN EL 15.8%; LA AGRICULTURA, CAZA Y SILVICULTURA EL 13%, Y LA MANUFACTURA EL 12.2%.

ODM 4

REDUCIR
LA MORTALIDAD INFANTIL

SITUACIÓN
DE UN VISTAZO

El país ha mostrado un avance sostenido y significativo en la *reducción de la mortalidad infantil y de la niñez,* habiendo reducido la tasa en dos tercios en ambas metas antes del plazo señalado (seis y cinco años antes, respectivamente).

Entre 1991/1992 y 2011/2012, la reducción lograda en la tasa de mortalidad infantil (menores de un año de edad) fue de 69.1% para llegar a 17 por cada mil nacidos vivos, mientras que la reducción relacionada con la niñez (menores de cinco años) fue de 73%, para llegar a 21 por cada mil nacidos vivos. Estas reducciones se encuentran entre las cinco más destacadas a nivel mundial en el marco de los ODM, y Perú destaca como el caso más notable de reducción en las Américas.[50]

La reducción de la mortalidad infantil y de la niñez es producto de la interacción compleja de factores de diversa índole. Ante todo, cabe resaltar que la salud de la infancia ha sido motivo de prioridad en las políticas de Estado en las últimas décadas, una prioridad traducida en los servicios básicos de salud implementados mediante diversas estrategias y programas que han demostrado coherencia, consistencia y sostenibilidad a lo largo del tiempo.

Entre los factores de fondo que han permitido este avance se encuentran el crecimiento de la economía y la disminución de la pobreza extrema. En este contexto, el presupuesto público asignado al sector salud ha crecido significativamente en los años recientes y está focalizado en la infancia, a lo que contribuyen los recursos de los Programas Presupuestales Articulado Nutricional y Materno Neonatal. Asimismo, a través de la focalización de las acciones de salud se ha logrado superar algunos de los problemas estructurales, como la pobreza y difícil acceso. Entre los factores más inmediatos que han contribuido destacan la introducción de las vacunas contra el rotavirus y el neumococo desde 2008, la disminución de los casos de neumonía en menores de 5 años, el aumento de hogares con servicios de agua y saneamiento; mejores niveles de educación básica y disminución del analfabetismo; y la mayor cobertura de atención al embarazo y parto.

No obstante los avances, la agenda pendiente no es sencilla ya que la disminución de las muertes infantiles en el país se está tornando más lenta: en un menor nivel de mortalidad los factores causales son más complejos de controlar y resolver. Los desafíos incluyen el aumento relativo de las muertes neonatales con respecto a la mortalidad infantil y en la niñez, así como la falta de progreso en la vacunación contra el sarampión. •

[50] Child Mortality Estimates, Levels & Trends in Child Mortality Report (New York: UN), 2012.

Fotografía: Antonio Escalante / Proyecto MST-Apurímac / MINAM / PNUD / GEF

La meta del cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio es reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños y niñas menores de cinco años. Según el Informe ODM 2012 de nivel mundial, en cinco de las nueve regiones en desarrollo en el mundo se logró disminuir en más del 50% la mortalidad de niños y niñas menores de 5 años. A pesar de ello, todavía se dan grandes desigualdades: en América Latina, por ejemplo, existe una alta mortalidad infantil en la zona rural en comparación con la urbana.

En el Perú, el seguimiento de los avances en la meta del ODM 4 se hace en función de los tres indicadores oficiales, además del seguimiento de la tasa de mortalidad neonatal:

4.1 Tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años

4.2 Tasa de mortalidad infantil

4.3 Porcentaje de niñas y niños de 1 año vacunados contra el sarampión

TASA DE MORTALIDAD DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS

Tendencias nacionales de avance. El indicador de mortalidad en la niñez ha tenido un descenso total significativo del 73% a nivel nacional en el período entre 1991 y 2012, para llegar a 21 por cada mil nacidos vivos. El descenso medio anual hasta 2000 fue de 3.4 puntos porcentuales, comparado con 2.8 de reducción anual entre 2000 y 2007/8, y 1.5 puntos de reducción anual en el período 2007/8 – 2011, como se observa en el **Gráfico 20.**

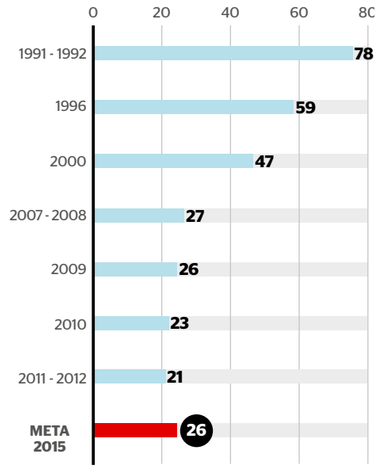
Persisten grandes desigualdades entre departamentos y grupos socioeconómicos. A pesar de la evolución favorable mostrada por los indicadores nacionales, el avance para varias regiones y grupos poblacionales ha sido insuficiente. Desde una perspectiva geográfica, el comportamiento de la mortalidad en la niñez a nivel de departamentos para el período 1996-2010/2011 permite apreciar grandes diferencias entre los valores extremos de mortalidad por departamento. Como se observa en el **Gráfico 21**, los niños y niñas menores de 5 años de Puno (con tasa de mortalidad de 52 por cada 1,000 nacidos vivos) tuvieron 5 veces más riesgo de morir que los de Tacna (con tasa de 10 por cada 1,000 nacidos vivos) en el 2011.

La disminución proporcional de la mortalidad en la niñez comparada entre departamentos para el período 1996-2011 tiene como valores mínimos y máximos a Lambayeque, con 35.6% de reducción, y Arequipa con 80%. Destaca positivamente Huancavelica, que pasó de tener la mayor mortalidad al inicio del período, al quinto lugar relativo en 2011. En cambio, Loreto y Puno tienen los valores más altos de mortalidad en la niñez para 2011.

En términos del ámbito urbano-rural, mientras la mortalidad en la niñez a nivel nacional fue de 21 en el 2011/2012, en el área rural fue de 35, a pesar de la disminución de 68.6% en relación a 1996. La mortalidad del área rural es casi el doble de la urbana, que fue de 14, con una disminución del 75%. En términos de regiones naturales, la selva tuvo una reducción de 25.9% entre 2007 y 2011/2012, la sierra redujo un 15.3%, y el resto de costa (no incluye Lima Metropolitana) solo la redujo en 6.6% en el mismo período.

Con respecto a la dimensión de género, la mortalidad en la fase de la niñez, infantil y neonatal de las niñas es menor que la de los niños, lo que además de ser coherente con el mejor patrón biológico de la mujer, indicaría que no existe una discriminación en contra del cuidado de las niñas. El comportamiento de la tendencia de la disminución de la mortalidad de la niñez para el período 1990-2011 fue de 79 y 71 para los niños y niñas respectivamente en 1990, y de 20 y 17 para el 2011, lo que confirma las cifras anteriores. [51]

GRÁFICO Nº 20
Perú. Reducción de la tasa de mortalidad en la niñez a nivel nacional. 1991/1992 - 2011/2012



Fuente: Elaboración propia en base al documento INEI: "Evolución de los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio al 2012", 2013.

[51] UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation, *Levels & Trends in Child Mortality Report 2012.* 2012

GRÁFICO Nº 21
Perú: Evolución de la mortalidad de la niñez según departamentos 1996 - 2010 / 2011

Departamento[1]	1996	2000	2007/08	2009/10	2010/11	Evolución (%) 1996-2010/11
Arequipa	66	58	25	24	13	-80,3
Huancavelica	145	108	43	37	35	-75,9
Apurímac	100	93	42	31	27	-73,0
Junín	84	62	38	31	24	-71,4
Tacna	33	34	20	26	10	-69,7
Ayacucho	94	68	41	29	29	-69,1
Pasco	100	78	44	35	31	-69,0
Cajamarca	86	69	37	29	27	-68,6
Piura	81	54	45	29	27	-66,7
Ancash	52	72	29	24	19	-63,5
Huánuco	85	93	36	34	31	-63,5
Nacional	68	60	33	27	25	-63,2
La Libertad	57	60	29	34	22	-61,4
Moquegua	62	33	23	30	24	-61,3
Ucayali	92	80	34	42	36	-60,9
Ica	48	32	16	18	19	-60,4
Cusco	107	108	37	36	43	-59,8
Tumbes	64	47	19	26	26	-59,4
Amazonas	79	69	39	34	34	-57,0
Lima	31	27	19	15	15	-51,6
Madre de Dios	72	40	47	31	35	-51,4
Puno	106	85	58	53	52	-50,9
San Martín	65	70	45	38	35	-46,2
Loreto	82	79	64	61	51	-37,8
Lambayeque	45	47	18	23	29	-35,6

Nota: [1]/ Departamentos agrupados según niveles de descenso de la mortalidad en el período.

Fuente: INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES-2011)

Como se observa en la **Tabla 3** la mortalidad de menores de cinco años también disminuye con el empoderamiento de la mujer (concretamente, a medida que la mujer expresa más razones para negarse a tener relaciones sexuales con su pareja). Es decir, el empoderamiento de las mujeres y el ejercicio de su autonomía no solo reditúan en beneficios personales, sino también de la prole.

Por otra parte, la mortalidad infantil y de la niñez muestra comportamientos muy diferenciados según el quintil de riqueza a la que pertenecen los niños y niñas.

La **siguiente tabla** muestra las enormes diferencias en la posibilidad de morir según quintiles de riqueza. El riesgo de morir en esta etapa de la vida es el doble entre los niños y niñas del quintil inferior en relación con el quintil superior. ●

TABLA N° 3

Perú: mortalidad infantil y en la niñez según estatus de la mujer, 2011

Indicador de estatus de la mujer	Número de veces	Mortalidad infantil	Mortalidad en la niñez
Decisiones en las que la mujer tiene la última palabra[1]	0	36	52
	1-2	29	45
	3-4	21	28
	5	17	21
Diferencia % entre los valores extremos		**211%**	**247%**
Número de razones que justifican que la mujer se niegue a tener relaciones[2]	0	26	55
	1-2	14	22
	3	20	26
Diferencia % entre los valores extremos		**13%**	**211%**
15N24úmero de razones que justifican que se le pegue a la esp48osa[3]	0	20	26
	1-2	24	38
	3-4	15	24
	5	48	48
Diferencia % entre los valores extremos		**240%**	**184%**

Notas: [1]/Decisiones en que la mujer tiene la última palabra: el cuidado de su salud, compras grandes del hogar, compras para necesidades diarias, visitar a familia y/o amigos, la comida del día. [2]/ Razones para la mujer negarse a tener relaciones: sabe que él tiene enfermedades de transmisión sexual, sabe que tiene otra mujer, parto reciente, está cansada o no está de humor. [3]/ Razones que justifican que la esposa sea golpeada: sale de casa sin decir nada, descuida los niños, discute con su esposo, se niega a tener relaciones sexuales con su pareja, quema la comida.

Fuente: Elaboración propia en base a datos del INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES-2011)

TABLA N° 4

Perú: mortalidad neonatal, infantil y en la niñez según quintil de riqueza 2009

Quintil de riqueza	Mortalidad neonatal	Mortalidad infantil	En la niñez
Quintil Inferior	13	23	30
Segundo quintil	9	18	25
Quintil Intermedio	11	16	18
Cuarto quintil	7	10	12
Quintil superior	5	12	13
Diferencia % entre los valores extremos de riqueza	260%	190%	230%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2011

TASA DE MORTALIDAD EN LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS MENORES DE 1 AÑO

Fotografía: Francis Ric / UNICEF Perú

* 25.9%

FUE LA REDUCCIÓN DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL EN LA SELVA ENTRE 2007 Y 2011. EN LA SIERRA LA DISMINUCIÓN FUE DE 15,3% Y EN LA COSTA (SIN INCLUIR LIMA METROPOLITANA) SOLO SE REDUJO EN 6.6%.

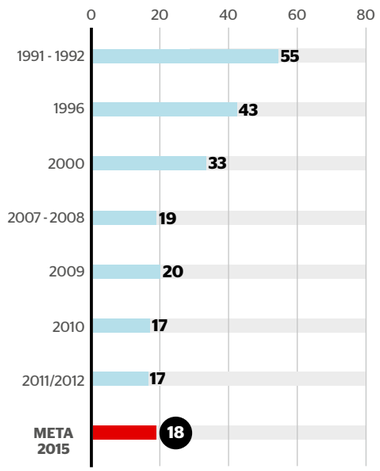
Tendencias nacionales de avance. La tasa de mortalidad infantil se redujo en 69.1% en el período 1991/1992 – 2011/2012, valor ligeramente inferior a la disminución de la mortalidad en la niñez.

El promedio de disminución anual de la mortalidad infantil entre 1991/1992 y el año 2000 fue de -2.4 puntos, superior a la reducción entre 2000-2007 (-2,0 puntos) y al período 2007/2008-2011/2012, que tuvo una media de reducción anual de 0.5 puntos.

Persisten grandes desigualdades. El mayor descenso corresponde a Arequipa (-80%), Huancavelica (-75.2%) y Apurímac (-69.9%), mientras que el menor se ha experimentado en Loreto (-24%) y Lambayeque (-32.4%). Trece departamentos superaron el promedio de reducción nacional, otros tres están bastante cerca (Cuzco, Moquegua y Ucayali), mientras que ocho tienen reducciones muy bajas, incluyendo a Lima. De este último grupo, Lambayeque, Loreto y Madre de Dios tendrán serias dificultades para alcanzar la meta de reducción en 2015.

GRÁFICO Nº 22

Perú. Avance en la reducción de la tasa de mortalidad infantil a nivel nacional. 1991/1992 - 2011/2012



Fuente: Elaboración propia en base al documento INEI: "Evolución de los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio al 2012", 2013.

TABLA N° 5

Perú: evolución de la tasa de mortalidad infantil según área de residencia 1996 - 2011/2012

Ámbito	1996	2000	2007/8	2009	2010	2011/12	Cambio %
Nacional	43	33	19	20	17	17	-69,1
Urbana	30	24	12	17	14	14	-65,0
Rural	62	45	30	27	22	22	-71,8

Fuente: Elaboración propia en base al documento INEI: "Evolución de los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio al 2011". 2012.

El mayor descenso corresponde a Arequipa (-80%), Huancavelica (-75,2%) y Apurímac (-69,9%), mientras que el menor se ha experimentado en Loreto (-24%) y Lambayeque (-32,4%). Trece departamentos superaron el promedio de reducción nacional, otros tres están bastante cerca (Cuzco, Moquegua y Ucayali), mientras que ocho tienen reducciones muy bajas, incluyendo a Lima. De este último grupo, Lambayeque, Loreto y Madre de Dios tendrán serias dificultades para alcanzar la meta de reducción en 2015.

Con respecto al ámbito urbano-rural, en el período 1991/1992-2011/2012 la mortalidad infantil en el área rural se redujo en 71.8%. Como se aprecia, la diferencia entre el área rural y la urbana se ha acrecentado en el período 1996-2011/2012.

*

LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL FUE MENOR DE LA MITAD EN LAS MUJERES QUE CONSIDERAN QUE NO HAY JUSTIFICACIÓN DE SER GOLPEADAS.

En términos de las regiones naturales, la selva tuvo una reducción de la tasa de mortalidad infantil de 27 a 20 entre 2007/2008 y 2011/2012; la sierra de 26 a 21, y el resto de la costa de 15 a 13 en el mismo período.

En la dimensión de género, el empoderamiento de la mujer también redunda en mejores niveles de mortalidad infantil. Cuando se analiza los valores de la tasa de mortalidad infantil y de la niñez según el estatus de la mujer frente a su esposo o compañero, se aprecia importantes diferencias. Así, cuando la mujer tiene la última palabra en tres o más decisiones en el hogar, la mortalidad infantil fue más baja (21 para tres o cuatro decisiones y 17 para cinco decisiones), en comparación con aquellas madres que solo tenían la última palabra en una a dos decisiones en el hogar. Este comportamiento diferencial de la mortalidad infantil es más evidente cuando la mujer considera que su esposo o compañero tiene justificaciones válidas para golpearla. La tasa de mortalidad infantil fue menor de la mitad en las mujeres que consideran que no hay justificación de ser golpeadas (20), en comparación con las que consideran que hay hasta cinco razones que justifican que sean maltratadas o golpeadas por su compañero (48). ●

Fotografía: Antonio Escalante / Proyecto MST-Apurímac / MINAM / PNUD / GEF

TASA DE MORTALIDAD NEONATAL

Fotografía: UNICEF Perú

Tendencias nacionales de avance. A pesar que la mortalidad neonatal está disminuyendo de forma importante en términos absolutos, las muertes neonatales están aumentando proporcionalmente en relación a la mortalidad infantil y en la niñez, consolidándose como el componente "duro" para mantener la tendencia de reducción actual.

Actualmente la mortalidad neonatal representa el 52.9% de la mortalidad infantil, frente al 36% que tenía en 1990. Un tercio (33%) de las muertes neonatales ocurren en las primeras 24 horas de vida y el 53.1% de las muertes notificadas en el periodo 2012 al 2013, por el Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal Neonatal del MINSA, correspondieron al período fetal, cifra que alcanza el 52,6% de la notificación hasta agosto del presente año.

Gracias a la implementación del sistema de vigilancia de la mortalidad perinatal y neonatal por parte del MINSA, se conoce la relación entre el peso al nacer y el momento de la muerte. El 34.1% de los recién nacidos fallecidos tuvieron peso normal al nacer (>2,5 kg), lo que señala una inadecuada calidad de atención en el período postnatal inmediato.

En el año 2012, el 38% de los fallecidos en el período perinatal y neonatal tuvieron peso inferior a 1,500 gramos, situación relacionada a problemas de la gestación como deficiencias en la nutrición, infecciones, alta paridad, embarazos a temprana edad. El 34% de las muertes neonatales notificadas corresponden a recién nacidos con peso normal, lo que está relacionado a la calidad y oportunidad de la atención del recién nacido, tanto en los servicios e salud como en el hogar.

Se revelan grandes desigualdades al enfocar la mortalidad neonatal. Llama la atención la gran diferencia en la reducción de la mortalidad neonatal según ámbitos geográficos, para el período 1991 – 2012. La Región Sierra tiene 3 de los 6 departamentos con mayor disminución, mientras 3 de los 5 departamentos con menor reducción pertenecen a la Región Selva (Loreto, Madre de Dios y San Martín). ●

*** 34%**

DE LOS RECIÉN NACIDOS FALLECIDOS TUVIERON PESO NORMAL AL NACER (>2,5 KG), LO QUE SEÑALA UNA INADECUADA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL PERÍODO POSTNATAL INMEDIATO.

GRÁFICO Nº 23
Perú: reducción de la mortalidad neonatal en el período 1991-2012

Fuente: UNICEF. Inequidades en la reducción de la mortalidad infantil. Documento de trabajo. 2013.

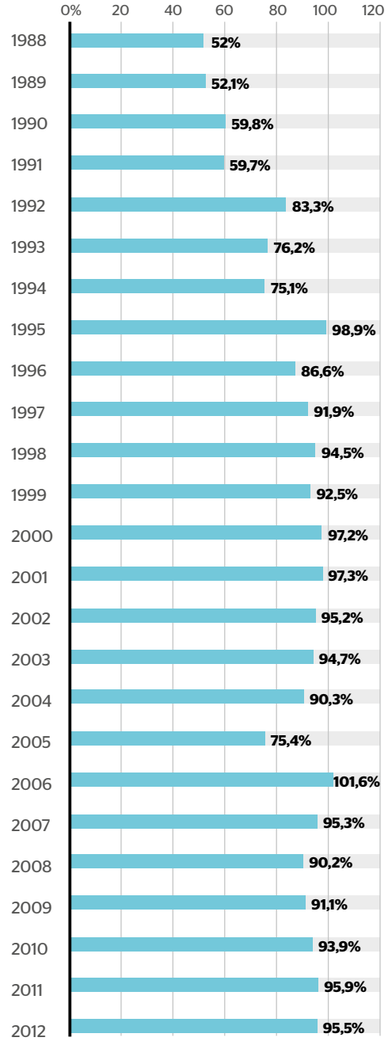
COBERTURA DE VACUNACIÓN CONTRA EL SARAMPIÓN

Tendencias nacionales de avance. El sarampión ha sido una de las principales causas de mortalidad infantil a nivel mundial, pero puede evitarse con una vacuna relativamente económica. Una revacunación posterior proporciona protección para toda la vida.

Como se aprecia en el **Gráfico 24,** la meta del 95% de niños y niñas vacunados contra sarampión fue alcanzada en 1995 y luego sucesivamente en 1998, 2000-2002 y 2000, 2006, 2007, 2011 y 2012. El avance en la reducción de la mortalidad infantil y de la niñez, coloca al Perú entre los 5 países con mayores progresos a nivel global y como el caso más notable de reducción en la Región de las Américas [52]. ●

[52] El promedio de reducción anual de la mortalidad en la niñez del Perú solo es superado por Islas Maldivas, Omán y Portugal: UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation, op. cit.

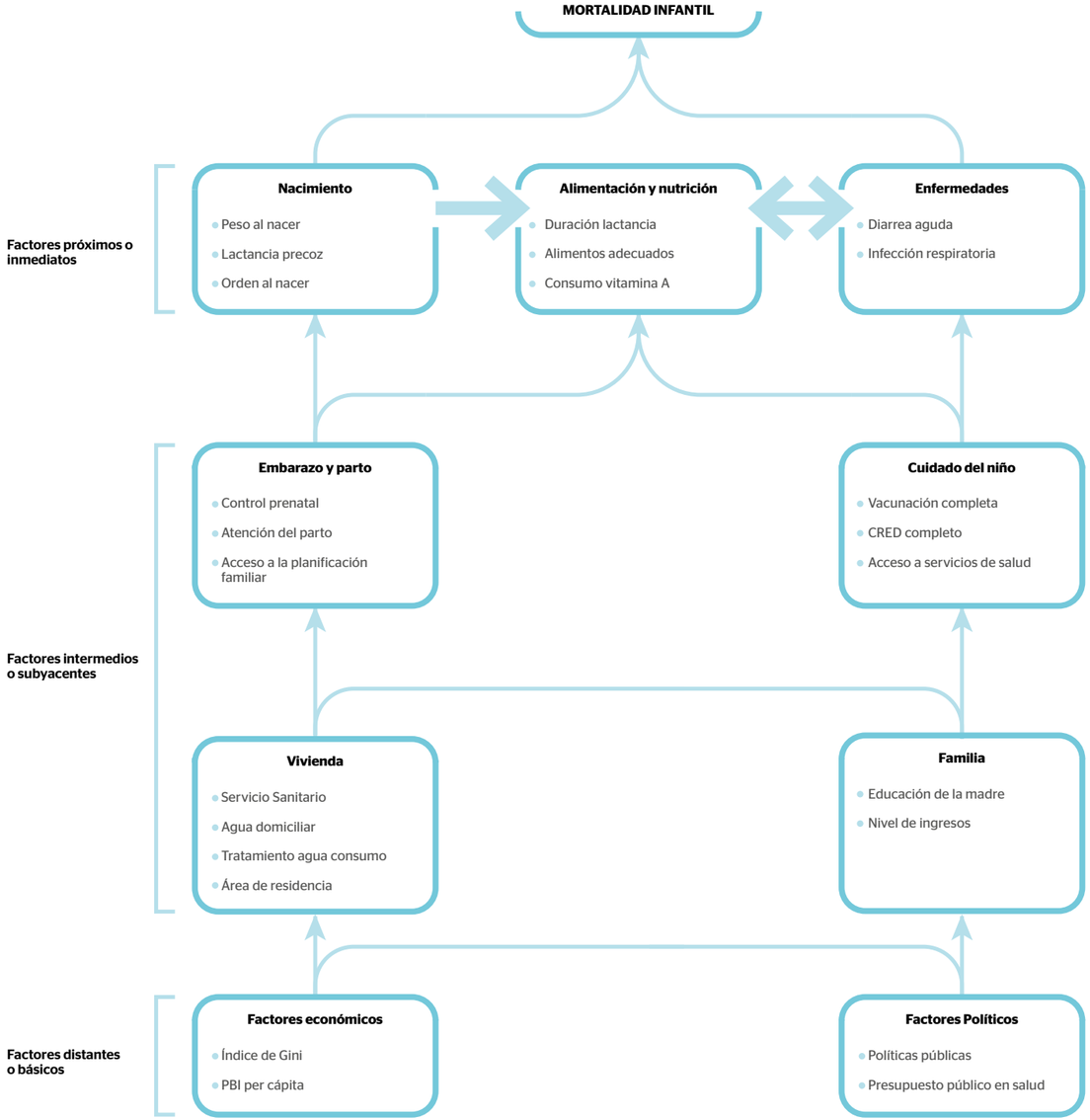
GRÁFICO Nº 24
Perú: proporción de niños y niñas de un año vacunados contra el sarampión a nivel nacional. 1990-2012.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del MINSA/OGEI.2012

Fotografía: Miriam Moreno Serpa / UNICEF Perú

GRÁFICO Nº 25
Modelo explicativo de mortalidad infantil



› *Elaboración propia del Grupo de Trabajo ODM4 2012, en base al modelo Explicativo de Mortalidad Infantil propuesto por el INEI y el Modelo Causal de Desnutrición Infantil de UNICEF.*

FACTORES CLAVE PARA EL PROGRESO EN EL ODM 4

Las explicaciones del acelerado progreso en la reducción de la mortalidad infantil y en la niñez en el país, se encuentran en una combinación de efectos de los determinantes socioeconómicos y el incremento de la cobertura de la atención a la salud materno-infantil, que se pueden agrupar en factores próximos, intermedios y distantes, según el modelo que se muestra a continuación. No todas las evoluciones de estos factores determinantes han sido favorables, y algunos sugieren una agenda pendiente para asegurar y sostener los avances logrados en los indicadores del ODM 4. Asimismo, cabe analizar el conjunto de políticas públicas que han incidido en estos resultados favorables.

Factores próximos o inmediatos. En primer lugar, los **factores próximos o inmediatos** incluyen indicadores agrupados en tres variables: a) nacimiento, b) patrón alimentario y nutrición, y c) prevalencia de enfermedades infecciosas (Infecciones Respiratorias Agudas y Enfermedades Diarreicas Agudas).

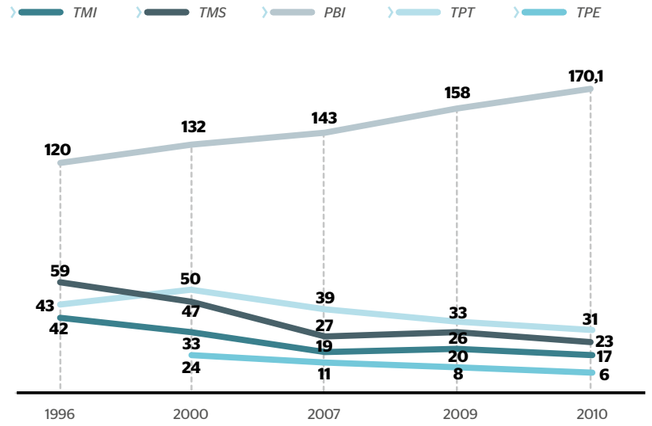
Con respecto a las **variables vinculadas al nacimiento**, se aprecia una significativa reducción de la mortalidad neonatal, la cual contrasta sin embargo con la lenta e irregular reducción de la proporción de niños nacidos con bajo peso al nacer (menos de 2.5 kg.). La diferencia de bajo peso al nacer oscila entre 2.4% de Tacna y 12.7% de Apurímac. Es preocupante que 9 departamentos aumentaron la proporción de recién nacidos con bajo peso al nacer entre el 2007 y 2012. En cambio, en cuanto a las **variables vinculadas al patrón alimentario y nutrición,** hubo lento progreso de los indicadores, en especial de la lactancia materna exclusiva, lo que es preocupante debido a que la evidencia internacional demuestra que la lactancia materna es la mejor intervención para proteger la supervivencia, nutrición y desarrollo de los niños y niñas. En cuanto a las **variables vinculadas a enfermedades infecciosas (IRA y EDA),** la tendencia de los casos de Infección Respiratoria Aguda (IRA) y Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en menores de 36 meses de edad muestra leves avances en el período 2000-2012, en especial en los casos de EDA, que solo se redujeron en 29.4% entre el 2000 al 2012.

Factores intermedios. En segundo lugar están los **factores intermedios o subyacentes,** incluyendo indicadores relacionados con **planificación familiar, embarazo y parto;** atención a la salud; vivienda; y familia. En cuanto al acceso a **planificación familiar,** hay un lento avance en la proporción de mujeres en unión con demanda satisfecha de planificación familiar y en el uso de métodos modernos, que prácticamente se ha mantenido sin cambios desde el año 2000. En cambio, en términos de **atención a la salud infantil,** a fines de la década pasada se consiguieron significativos aumentos en acciones básicas de salud como la vacunación infantil, el control de la enfermedad diarreica aguda con la terapia de rehidratación oral, y la atención de las infecciones respiratorias agudas, apoyadas por prácticas adecuadas de cuidado en el hogar. La lactancia materna exclusiva en niños menores de seis meses de edad se incrementó significativamente en la década de los 90, pasando de 19.5% en 1992 a 57.1% en 2000.

▶ **76,2%** DE LA POBLACIÓN TOTAL TUVO ACCESO SOSTENIBLE A MEJORES FUENTES DE ABASTECIMIENTO DE AGUA EN 2010.

* CON RESPECTO A LAS VARIABLES VINCULADAS AL NACIMIENTO, SE APRECIA UNA SIGNIFICATIVA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD NEONATAL.

GRÁFICO Nº 26
Porcentaje de la población ocupada con ingresos por debajo de la línea de pobreza extrema



Fuente: Elaboración propia: [1]/García J, Céspedes N. MEF/BCR. Serie de Documentos de Trabajo. 2011. [2]/ INEI. ENDES. 2000-2011

La introducción de las **vacunas** contra el rotavirus y contra el neumococo en 2008, gracias a recursos el Programa Presupuestario Articulado Nutricional, son medidas de eficacia comprobada internacionalmente para reducir la incidencia, especialmente de los casos graves de IRA y EDA, con lo que se debe lograr una disminución de las muertes por ambas causas, que totalizan el 47.9 % del total de causas de consulta externa en los establecimientos de salud del MINSA en el 2012. Hubo una importante disminución (31.8%) de casos de neumonía en niños y niñas menores de 5 años en los últimos seis años.

Los **servicios de salud** han mejorado generalmente, y se constata una mejora significativa de puestos y centros de salud a nivel nacional, lo que incide en el aumento de la oferta de servicios básicos de salud, que son los de mayor impacto en la reducción de mortalidad infantil y de la niñez. En los años recientes hay mayor disponibilidad y mejor distribución de los profesionales de salud, con incentivos para su ubicación en las zonas alejadas y pobres como Apurímac, Huancavelica y Ayacucho, que actualmente tienen mayores recursos de personal de salud en el primer nivel de atención que el promedio nacional[53].

Finalmente, entre los factores intermedios, ha habido mejoras en las **variables relacionadas** con la vivienda. La proporción de población con acceso a servicios de saneamiento mejorado subió a nivel nacional de 59.4% en 2001 a 77.8% en 2012; en el área rural, de 15.5% a 45.6%. En el área urbana, 88.7% de la población tuvo acceso a servicios de saneamiento mejorado en 2012. La proporción de población total con acceso sostenible a mejores fuentes de abastecimiento de agua aumentó entre 2001 y 2012 del 71.5% a 82.3%. Asimismo, con respecto a las **variables vinculadas con la familia,** entre 2000 y 2012 hubo un aumento importante en la proporción de mujeres madres con educación formal o educación primaria, factor asociado a la mejor capacidad de cuidado de la salud de los hijos en el hogar, en tanto la histórica división sexual del trabajo se mantiene.

Factores distantes. En cuanto a los **factores distantes o básicos** que explica la evolución de los indicadores en el ODM 4, el **comportamiento de la economía** ha sido un componente importante. Hubo un crecimiento sostenido del PBI de 5% en promedio en los últimos 15 años (BCR). El **Gráfico 26** muestra el comportamiento del PBI per cápita, la tasa de pobreza total (TPT) y la tasa de pobreza extrema (TPE), comparada con las tasas de mortalidad infantil y de la niñez para el período 1996-2000.

Asimismo, según el informe del ENAHO, el índice de Gini muestra una mejor **distribución del ingreso** a nivel nacional entre el período 2004-2012, (0.49 a 0.45). Sin embargo, mientras en el área urbana hubo una mejoría (0.45 a 0.41), en el área rural, la cifra de distribución del ingreso permaneció igual con un índice de Gini de 0.43.

Políticas públicas. Los servicios sociales básicos que el Estado efectivamente entrega en una determinada circunscripción, influyen en el comportamiento de la mortalidad infantil y de la niñez. En este sentido, ha aumentado la densidad del Estado alrededor del país entre 1993 y el 2007, lo que se expresa también en el mejor Índice de Desarrollo Humano en ese período.

Por otra parte, ha aumentado la **población cubierta por el Seguro Integral de Salud** desde que fue creado en 2001. Este seguro financia la atención materna infantil, mediante la focalización por inscripción universal en distritos con más de 65% de familias pobres. En 2012 beneficiaba a 4.7 millones de afiliados, que representan el 40% de la población pobre del país, y brindaba 9.3 millones[54] de atenciones a niños y niñas menores de cuatro años.

La focalización de servicios en las áreas de pobreza del **Programa Juntos** desde 2001, ha facilitado la atención de salud de más de 950 mil niños menores de 5 años de hogares ubicados en los distritos rurales más pobres del país en el 2011, incluyendo su afiliación al Seguro Integral de Salud.
También ha incidido el **incremento en la asignación presupuestaria al sector salud.** El presupuesto del sector salud ha tenido importantes aumentos especialmente a partir de 2005 y más recientemente desde 2008, con importantes asignaciones de los Programas del Presupuesto por Resultados dirigidos a la Salud Materno Neonatal y Desnutrición Crónica Infantil. La inversión necesaria para alcanzar y mantener los ODM de reducir la mortalidad infantil y la mortalidad materna en el país, fue estimada en 643 millones de dólares por la CEPAL[55](2008), monto que fue superado con las asignaciones de los programas presupuestarios Materno Neonatal y Articulado Nutricional a partir del 2008.

Es importante el fortalecimiento de la participación de la sociedad civil en el sector Salud. Un ejemplo es el del Colectivo para la Salud Neonatal, que reúne un conjunto de instituciones privadas en trabajo articulado con el MINSA, impulsando importantes medidas dirigidas a la salud perinatal y neonatal en el país. ●

[53] J. Arroyo, J. Hartz, M. Lau, *Recursos Humanos en Salud de Perú: Segundo Informe al País. Nuevos Elementos para la Toma de Decisiones y Políticas Públicas*, 2011.

[54] Gerencia de Operaciones SIS, *Evaluación del Efecto del Seguro Integral de Salud en los Indicadores de Salud Pública y Gasto de Bolsillo.* Período 2002-2009, 2011.

[55] CEPAL, *Costo de Alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Salud en algunos paises de América Latina y El Caribe*, 2011.

PRINCIPALES BARRERAS PARA EL ODM 4 Y OPCIONES DE POLÍTICAS PARA ENFRENTARLAS

Como ha sucedido en otros países que han experimentado reducciones similares en sus tasas de mortalidad infantil, la disminución de las muertes infantiles en el país se está tornando más lenta, debido a que en un menor nivel de mortalidad los factores causales son más complejos de controlar y resolver.

La persistencia de la pobreza y desigualdad ha sido una de las barreras clave para que el progreso no haya sido incluso mayor. En contraste con el crecimiento de la economía, que nos ubica en el grupo de países de renta media alta, el Perú está entre los países con las mayores brechas entre los niños ricos y en situación de pobreza. Se estima que para el año 2011, casi un tercio de la población total del país se encontraba en situación de pobreza, y el 6.3% en pobreza extrema: más de 8 millones personas pobres, que incluyen a casi 2 millones en pobreza extrema. Esta situación es uno de los principales factores que mantiene las desigualdades en las condiciones de vida, en el cuidado de la salud en el hogar y en el acceso oportuno a servicios.

Según el estudio *Born Equal*,[56] el Perú está entre los 5 países (de 32 analizados), donde los niños más pobres experimentaron pérdidas absolutas en sus ingresos desde 1990: Bolivia (- 40%), Perú (-30%), Zambia (-20%) y Costa de Marfil (-10%). Perú encabeza la lista de 12 países con peor distribución regresiva de su ingreso en los últimos 20 años, con un crecimiento mayor al doble en el decil más alto comparado con el más bajo: Perú (179%), Bolivia (170%), Colombia (87%), Camerún (84%) y Ghana (78%).

Asimismo, la lenta disminución del **bajo peso al nacer** no corresponde al significativo aumento del control prenatal que pasó de 63.9% a 96% entre 1991 al 2012.. El hecho que Huancavelica haya reducido la mortalidad neonatal cuatro veces más que la reducción de Tumbes entre 1991-2007, confirma la viabilidad de reducción aún en áreas de extrema pobreza y bolsones de población de difícil acceso.

Opciones de política para superar las barreras. Por su mayor vulnerabilidad biológica y dependencia de la familia en el cuidado de su salud, la supervivencia de la infancia depende de la oportunidad y calidad de atención que le brinda el entorno familiar social y la protección del Estado desde el inicio del ciclo de vida. Las principales opciones de política pública para enfrentar las barreras descritas en este capítulo se describen en los siguientes párrafos.

Se debe replantear la **focalización de las intervenciones de salud.** La mortalidad proporcionalmente creciente en el período perinatal y neonatal, requiere mejorar la calidad de atención durante el embarazo, parto y en la atención inmediata del recién nacido, considerando los ámbitos de los servicios de salud, del hogar y la comunidad.

Asimismo, se necesita revisar las intervenciones para la reducción de la mortalidad según niveles de mortalidad y etapas de la infancia. La tendencia al descenso de la lactancia materna exclusiva en los grandes centros poblados e inicio tardío de lactancia en los recién nacidos en establecimientos hospitalarios, debe ser encarada mediante incentivos a la lactancia y asegurando la implementación de las normas existentes. La educación y empoderamiento de la mujer y promoción de la salud son estrategias que han tenido un débil desempeño a lo largo de los años, a pesar del crecimiento numérico de escuelas y municipios saludables, por lo que también requieren ser reenfocadas y repotenciadas. Finalmente, la práctica del financiamiento equitativo y sostenible introducido por los Programas Presupuestarios del Presupuesto por Resultados debe ser ampliada en otras asignaciones presupuestales del MINSA.

Otro conjunto de medidas debe enfocar la **eliminación de las barreras y brechas de acceso.** El énfasis en lograr de las metas como promedio nacional, debe trasladarse al nivel sub-nacional más desagregado posible, para brindar servicios de acuerdo a las necesidades locales. Los bolsones de población dispersa y excluida plantean considerar el fortalecimiento de los modelos de equipos de salud itinerantes, entre otros. Además, el necesario incremento de cobertura en zonas de difícil acceso debe complementarse con la mejor calidad y capacidad resolutiva frente a las causas frecuentes de muerte en la infancia, asociada a mayores esfuerzos para promover la demanda oportuna de la atención a la salud infantil mediante enfoques interculturales que contrarresten mitos, creencias y prácticas negativas.

Las profundas desigualdades en la mortalidad según enfoque de género, requieren que la educación de los niños y niñas promueva su futura participación en el cuidado de la salud integral de la familia, evite la violencia familiar y sexual, el embarazo adolescente y promueva la paternidad responsable. También es necesario promover la demanda coordinada con otros programas sociales orientados al alivio de la pobreza y atención directa como Juntos, para potenciar las intervenciones y superar las barreras de acceso a servicios existentes, incluyendo al Seguro Integral de Salud.

En las medidas existentes y las nuevas, se debe **intensificar el involucramiento de los niveles locales y la sociedad civil.** Es indispensable aumentar la corresponsabilidad de las autoridades a nivel regional y municipal mediante el establecimiento de una línea de base y metas desagregadas en los tres niveles de gobierno, para facilitar la implementación de medidas adecuadas a cada realidad bajo la responsabilidad de las autoridades y la sociedad civil local, haciendo que cada vida perdida de una niña o niño cuente efectivamente. Para ello, es conveniente mejorar la capacidad de diálogo y de negociación para influir efectivamente con interlocutores que no están sujetos a la autoridad del MINSA. La positiva experiencia del Colectivo por la Salud Neonatal en la promoción de importantes medidas debe ser extendida en otras acciones de la salud de la infancia, incluyendo una mayor participación de los Colegios Profesionales de Enfermería, Obstetricia y Medicina, así como de las sociedades científicas relacionadas y universidades locales.

Finalmente, debe mejorar la **vigilancia de la mortalidad.** Se necesita ampliar la vigilancia de la mortalidad perinatal y neonatal a la mortalidad infantil y de la niñez mediante la integración de la información existente, que es actualmente fragmentada y dispersa, y en muchos casos accesible solo en forma consolidada a nivel nacional. Se sugiere considerar la implantación de la auditoría de la muerte perinatal, neonatal, infantil y de la niñez, en base a la notificación nominal, periódica y obligatoria de las muertes ocurridas en establecimientos de salud y en la comunidad. De esta manera se da nombre a las actuales estadísticas anónimas de muerte infantil.

El horizonte temporal de dos años hasta el fin del cumplimento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio no es suficiente para implementar las medidas descritas, pero igualmente se requiere considerarlas para proyectarse al escenario posterior al 2015. ●

* LA MORTALIDAD PROPORCIONALMENTE CRECIENTE EN EL PERÍODO PERINATAL Y NEONATAL, REQUIERE MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y EN LA ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO.

[56] Save The Children, Born Equal, *How reducing inequality could give our children a better future,* 2012.

DESAFÍOS EMERGENTES
PARA EL ODM 4

Se han identificado cambios emergentes en la gestión pública del sector, así como la creciente complejidad para mejorar la calidad de atención de la salud, especialmente en el período perinatal, y las tendencias de deterioro de la lactancia materna exclusiva.

Con respecto a la **capacidad de gestión,** la descentralización política y administrativa del país es tanto una amenaza como una oportunidad para acelerar la implementación de medidas a nivel departamental, provincial y distrital, particularmente porque debilitan el rol rector del Ministerio de Salud. Los importantes incrementos del presupuesto sectorial en los años recientes, han hecho evidente la dificultad de ejecutar los recursos del presupuesto en los tres niveles de gobierno.

En términos de la **calidad de los servicios,** el gran aumento alcanzado en la cobertura de servicios básicos requiere completarse con el aumento de la calidad y capacidad resolutiva, lo que exige dotar de recursos humanos con mayor nivel de especialización y equipamiento de mayor tecnología a los servicios básicos de salud. Las recientes políticas de recursos humanos implementadas por el MINSA para ubicar a los profesionales de salud, en áreas de mayor riesgo, incluyendo el Programa SERUM, son adecuados, pero por su complejidad requieren de un ambiente institucional propicio de mediano y largo plazo para obtener resultados sostenibles.

Otra tendencia que requiere atención es el **deterioro de la lactancia materna exclusiva** [57], que ha caído de 68.7% a 67.6% en el período 2000-2012, disminución que es más pronunciada en los grandes centros urbanos donde se constata una reducción de menores de 6 meses con LME de 11 puntos entre el 2000 y el 2010. Esto se asocia al menor porcentaje de niños que inicia la lactancia durante la primera hora en los establecimientos de salud comparado con los que nacen a domicilio. En Lima metropolitana la duración media de LME es de 1.6 meses frente a 5.2 meses en las áreas rurales.

Estos hechos estarían expresando el desinterés o ineficacia en promover la lactancia materna exclusiva, o el efecto de la promoción indebida de sustitutos de leche materna, combinado con el crecimiento de cesáreas innecesarias, hechos que revelan distorsiones y baja calidad de los servicios perinatales. Pero también la informalidad del mercado laboral; la lactancia materna es un derecho reconocido a las mujeres que trabajan en el mercado laboral formal.

Fotografía: UNICEF Perú

[57] El INEI identificó a la duración de la lactancia materna como uno de los factores clave para la reducción de la mortalidad infantil en el período 1990-2000, lo que se confirmó en 2006.

AVANCES Y DESAFÍOS EN EL ODM 4 A NIVEL REGIONAL: LORETO Y PUNO

En la actualidad, los departamentos de Loreto y Puno tienen los más elevados valores de mortalidad infantil (40 y 38) y de la niñez (52 y 51 respectivamente) del país. Sin embargo, mientras Puno tuvo una reducción del 50.9% en el período 1996-2011, Loreto tuvo la segunda disminución más lenta en esos años (-37,8%), y retrocediendo en términos relativos del undécimo al segundo departamento con mayor mortalidad. Los dos departamentos que se encuentran al final de la lista, entonces, muestran avances y desafíos muy distintos: tienen un comportamiento desigual en la reducción de la mortalidad comparada con la reducción de la desnutrición crónica infantil, así como características muy diferentes en desarrollo, pobreza, concentración poblacional, valores culturales y medio ambiente, entre otros. Como resultado, las perspectivas para los avances frente a la mortalidad infantil y de la niñez cada uno se muestran distintas.

En términos de los indicadores básicos de desarrollo, se aprecia que Loreto ha partido de una mejor situación general pero en varias dimensiones muestra una tendencia hacia el deterioro. Por ejemplo, Loreto tiene mayor población alfabetizada, pero Puno tiene más años de escolaridad de hombres y mujeres mayores de 15 años de edad. En cuanto a niveles de pobreza, Loreto tiene menos población que Puno en situación de pobreza y pobreza extrema. En cuanto a la reducción de la brecha de pobreza expresada como promedio de los gastos de los hogares pobres respecto al costo de la canasta básica de consumo, hay una evolución favorable a Loreto, aunque sin grandes diferencias en el período de los datos.

Loreto tiene un mejor Índice de Desarrollo Humano-IDH comparado a Puno. Sin embargo, ha empeorado su posición relativa al pasar de la posición 14° a la 15° entre 1993 al 2007, mientras Puno mejora ligeramente su posición al pasar de la 20° al 18°. El Índice de Densidad del Estado-IDE de Loreto también es ligeramente superior al de Puno en el 2007, pero muestra un deterioro comparativo, al pasar de la posición 15° a la 20°, mientras Puno mejora ligeramente su posición al pasar del 18° al 17° lugar. El Índice de Brechas de Densidad del Estado (IBDE) en Loreto es 0.4671, la quinta peor situación nacional, mientras Puno ocupa el 8° lugar con un índice de brechas de 0.4176.

En términos de indicadores de **mortalidad infantil y de la niñez,** la región de Puno casi duplica la reducción de la tasa de mortalidad infantil de Loreto, diferencia que disminuye en la tasa de mortalidad de la niñez, pero también es ampliamente favorable a Puno. En cuanto al bajo peso al nacer, Loreto muestra una tasa de **bajo peso al nacer** al menos del doble que la que registra Puno, departamento que también tiene una reducción superior a la de Loreto.

En cuanto a la **prevalencia de anemia** (factor que también se monitorea a nivel nacional y regional en Perú en el marco del ODM 1 y ODM 4), mientras Loreto incrementó el promedio de niños y niñas menores de 6 meses con anemia, Puno tuvo una reducción del 8.2% entre los años 2000 a 2011, pero fue inferior al promedio nacional.

Un comportamiento parecido al del bajo peso al nacer se aprecia en la proporción de niños y niñas menores de 36 meses de edad con **enfermedad diarreica aguda (EDA).** Mientras Loreto muestra tendencia al aumento, Puno tiene una reducción que amplía la diferencia entre ambas seis veces, e incluso supera ampliamente la reducción del nivel nacional para el período. Loreto tiene una tasa de 3,551 casos de EDA en niños y niñas menores de 5 años de edad por 10,000 habitantes, frente a una tasa de 731 de Puno, lo que representa una diferencia de 4.8 veces. En cuanto a **infecciones respiratorias agudas,** en este mismo período, Loreto aumentó el número de defunciones en menores de 5 años por neumonía de 17 a 54 (217%), mientras Puno redujo estas muertes de 77 a 46 (-40.2%), lo que amplió la brecha existente entre ambos departamentos.

También en lo relacionado con **salud reproductiva** las perspectivas se muestran más favorables para Puno. Con excepción del control prenatal, donde Loreto duplica el crecimiento de Puno, en otros indicadores hubo un mejor desempeño en Puno, destacando las diferencias en el uso de anticonceptivos, donde Puno tiene un crecimiento 17 veces superior al de Loreto, en el parto atendido por personal especializado Puno tiene 4 veces el incremento de Loreto y el parto institucional de Puno crece 4 veces más que el de Loreto.

Sin embargo, la situación es distinta en términos de la **tasa de profesionales de salud.** Las diferencias favorecen ampliamente al departamento de Loreto, especialmente en profesionales de enfermería, que aumentan 4 veces más que en Puno, y en profesionales de obstetricia, donde el crecimiento de Loreto es 3.6 veces mayor al de Puno.

Loreto también presenta una mejor situación comparativa a Puno en relación a las consultas por habitante y egresos hospitalarios. Sin embargo, cabe notar que en este caso los indicadores están relacionados a la población general y no consideran específicamente a la población infantil.

*

EL CRECIMIENTO DE LA PROPORCIÓN DE HOGARES CON SANEAMIENTO BÁSICO DE PUNO CASI TRIPLICA EL CRECIMIENTO DE LORETO Y SUPERA AMPLIAMENTE EL AVANCE DEL PROMEDIO NACIONAL.

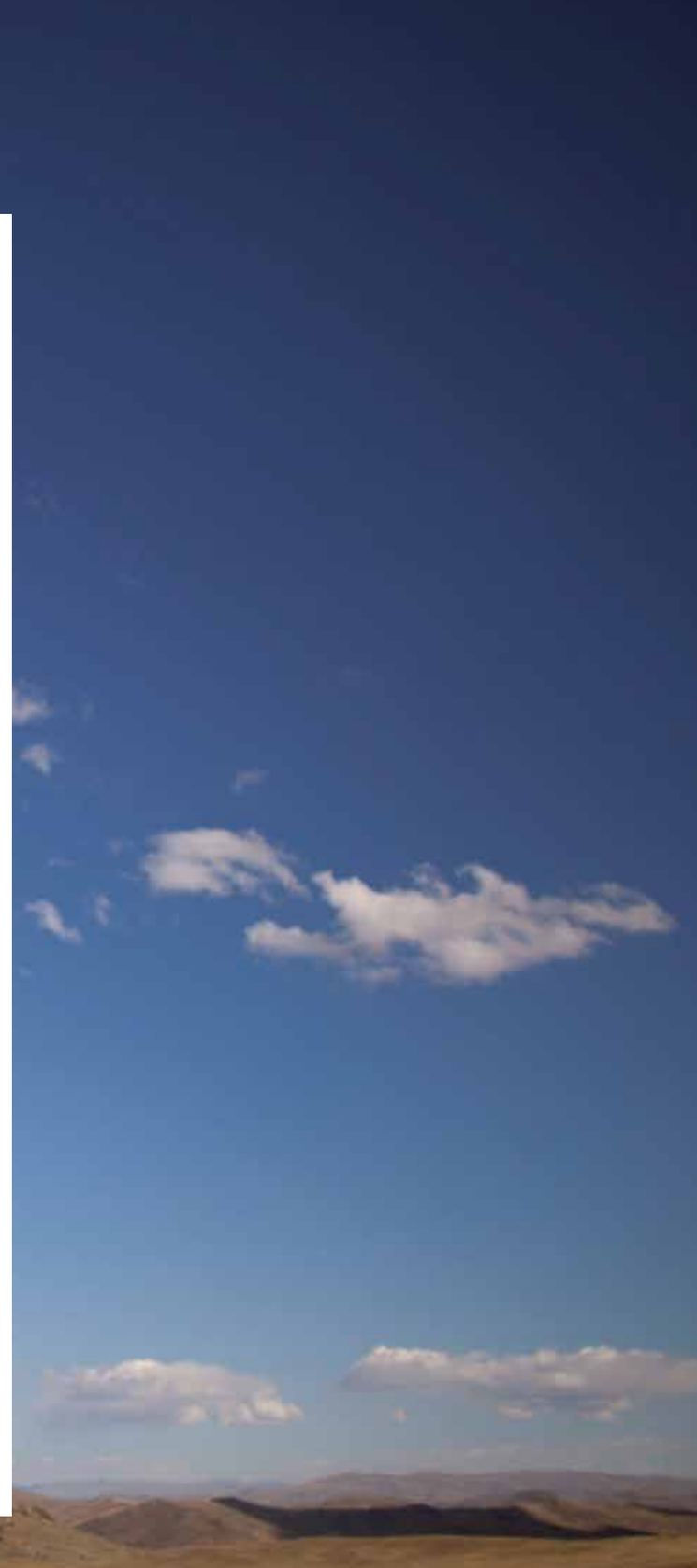


TABLA N° 6

Perú: mortalidad neonatal, infantil y en la niñez según quintil de riqueza 2009

Indicadores de mejor desempeño en Loreto	Indicadores de mejor desempeño en Puno
• Desnutrición crónica infantil • Atención prenatal • Inicio de lactancia materna	• Mortalidad infantil • Mortalidad de la niñez • Bajo peso al nacer • Duración de lactancia materna • Parto atendido por profesional • Uso de anticonceptivos • Anemia • Enfermedad diarreica aguda • Casos de neumonía
• Número de profesionales de salud • Consultas médicas por habitante • Egresos hospitalarios • Población asegurada al SIS • Población alfabeta • Años de escolaridad hombres y mujeres	• Saneamiento • Agua tratada • Municipios saludables • Escuelas saludables
• Pobreza • Brecha de pobreza • Ingreso per cápita • Valor IDH • Valor IDE	• Posición relativa IDH • Posición relativa IDE

Fuente: Elaboración propia en base a datos del INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2011

Loreto también tiene un mayor número de pobladores asegurados en el SIS, y un mayor número de atenciones, a pesar de su menor tamaño de población comparado con Puno. Esto también relativiza el menor número de municipios saludables y escuelas saludables de Loreto, por su menor número de escuelas y municipios.

En cuanto a **servicios básicos de saneamiento básico y acceso al agua tratada,** Puno nuevamente muestra tendencias mucho más favorables. El crecimiento de la proporción de hogares con saneamiento básico de Puno casi triplica el crecimiento de Loreto y supera ampliamente el avance del promedio nacional. En cuanto a agua tratada, este indicador muestra el gran diferencial interno en la provisión de un servicio tan esencial, que en el caso de Puno duplica el crecimiento nacional y es 7.7 veces superior al crecimiento en Loreto para la última década. Juntamente con el mayor aumento en saneamiento, puede ser el factor clave para explicar la menor prevalencia de enfermedad diarreica aguda en Puno.

Resumen. La **Tabla 6** muestra la comparación del estado y/o avances en los indicadores relacionados a la mortalidad infantil y de la niñez en Loreto y Puno.

RECUADRO 3

DESAFÍOS ADICIONALES PARA EL ODM 4 A NIVEL LOCAL Y REGIONAL

• Establecer procesos de articulación local, a fin de que las recomendaciones que se realizan en los establecimientos de salud y las condiciones que tienen las familias para la adopción de prácticas saludables conlleven efectivamente a la mejora de su salud.

• Organizar a la comunidad a fin de que desde su propia idiosincrasia y dinámica velen por la salud de la madre y el niño, sobre todo del niño por nacer (detección oportuna de la gestación y referencia al establecimiento de salud).

• Ampliar la participación de la familia y del padre en el cuidado de la madre gestante y del niño, ya que según la idiosincrasia de los pueblos peruanos el varón y la familia influyen en el acercamiento de la madre a los establecimientos de salud y la busque oportuna de ayuda.

• Identificar las brechas entre la oferta y la demanda de los servicios gineco-obstétricos a fin de que la atención de la madre y el niño sea culturalmente pertinente.

• Capacitar al personal de salud en aspectos relacionados a la atención del parto y puerperio.

ODM 5

MEJORAR
LA SALUD MATERNA

SITUACIÓN
DE UN VISTAZO

El país se encuentra en una posición favorable para alcanzar la meta de *reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes*. Esto requiere lograr menos de 66 muertes de mujeres, por causas vinculadas al embarazo y parto, por cada 100 mil nacidos vivos. La reducción lograda entre 1991 y 2011 fue de 65%, y se requerirá una reducción adicional de 29% para llegar de 93 a 66 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos.

Con respecto a la meta de *lograr el acceso universal a la salud reproductiva,* el uso de métodos anticonceptivos tuvo un progreso significativo durante la década de los 90 que no continuó después de 2000. La tasa de uso de anticonceptivos, actualmente de 75.5% en mujeres en unión conyugal, ha aumentado un total de 16.5 puntos respecto a 1991, mientras que la tasa de uso de métodos modernos es de 51% y se ha mantenido estable en ese nivel desde 2000.

Entre 1991 y 2011, la *reducción de la tasa de fecundidad entre mujeres adolescentes* ha sido lenta, pasando de 74 a 61 nacimientos por cada 1,000 mujeres. Como resultado, el porcentaje de adolescentes que son madres o están embarazadas por primera vez se ha mantenido en torno a 13% desde hace más de 15 años. En cambio, la *cobertura de la atención pre-natal* ha aumentado sustancialmente, de 68% de los embarazos a inicios de los noventa a 95.3% al año 2011.

Son varios los factores que han contribuido en los avances hacia el logro del ODM 5. Entre ellos están: el amplio consenso político y social respecto a la maternidad saludable; el marco político y normativo favorable; la adecuación intercultural de la atención materna; el mayor financiamiento orientado a resultados y las sinergias que generan los programas sociales, especialmente JUNTOS. La agenda actual del gobierno de mejorar la atención primaria y el acceso a los servicios de salud, así como a servicios especializados, sumada al mantenimiento de las condiciones anteriormente mencionadas, serán instrumentales para alcanzar la meta de reducción de la muerte materna a 2015.

En el mundo, aún hay más de un cuarto de millón de muertes maternas cada año. Esto, sin embargo, es casi la mitad de la tasa registrada en 1990.

La mayor parte de muertes maternas son evitables y ocurren por falta de atención especializada y de emergencia durante el parto o inmediatamente después. Según los últimos informes mundiales de cumplimiento de los ODM, las muertes maternas son más frecuentes entre las mujeres que han dado a luz a varios hijos, las que tienen escasa educación, las que son muy jóvenes o se encuentran en edad muy madura, y las que sufren discriminación por género, entre otras.

Para lograr el objetivo de mejorar la salud materna, se establecieron dos metas:
5a. **Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes**
5b. **Lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva**

Fotografía: Leslie Searles / UNFPA

META 5A: REDUCIR, ENTRE 1990 Y 2015, LA MORTALIDAD MATERNA EN TRES CUARTAS PARTES

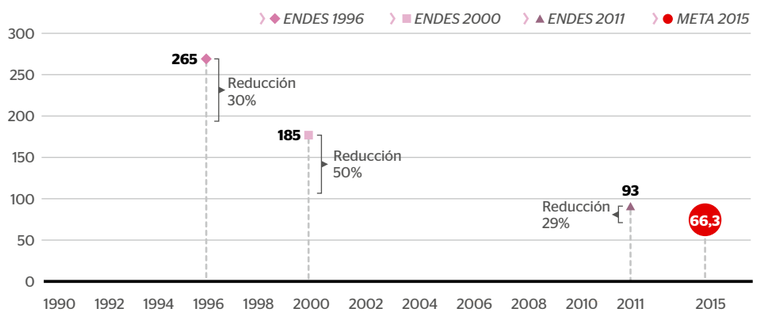
Tendencias nacionales de avance. Los dos indicadores establecidos para la meta 5a (razón de mortalidad materna y proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado) han evolucionado favorablemente en las últimas dos décadas en el Perú, La meta de disminución de la muerte materna para 2015 es lograr menos de 66 muertes de mujeres, por causas vinculadas al embarazo y parto, por cada 100 mil nacidos vivos.

De acuerdo con la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDES 2011), ello significaría una reducción adicional de 29% respecto al último dato estimado de 2011, lo cual es posible de lograr, si se considera que, como se observa en el Gráfico 27, en la década anterior se logró una reducción de 50%, y anteriormente de 30% [58].

El país dispone además de otra fuente para la medición de la muerte materna, el registro de **vigilancia epidemiológica** de notificación semanal, a través de la red nacional de epidemiología (RENACE)[59]. La serie disponible entre 1999 y el 2012 no da cuenta como las ENDES de la magnitud de la reducción de la muerte materna, pero sí de la mejora del registro epidemiológico. Para el 2007, fecha a la que corresponde la última estimación de ENDES (de 569 muertes maternas), el dato de la vigilancia epidemiológica, con 513 muertes, indica un sub-registro de sólo 10%. Ello es indicativo de los importantes progresos que ha realizado la Dirección General de Epidemiología del MINSA en la cobertura de esta información, lo cual también puede significar una mejora en la calidad de los datos disponibles.

Los datos de la vigilancia epidemiológica muestran que la mortalidad materna es relativamente más alta en las edades extremas del ciclo reproductivo. Las mujeres entre 15 y 19 años, que contribuyen con el 12% de los nacimientos, tienen el 15% de las muertes maternas, y las que tienen entre 40 y 49 años, y que contribuyen con el 6% de los nacimientos, tienen el 10% de las muertes maternas. El uso oportuno y adecuado de anticonceptivos para evitar embarazos no deseados en estas edades de mayor riesgo podría contribuir a una reducción de la mortalidad materna.

GRÁFICO N° 27
Muertes maternas por 100,000 nacidos vivos - Patrón ENDES



Fuente: Encuesta demográfica y de salud familiar 1996,2000 y2011

[58] La mortalidad materna que se estima a partir de las ENDES se mide con un desfase de 3.5 años, dado que la estimación se refiere a un período de 7 años. Las fechas referenciales se explican en el Anexo 1.

[59] MINSA-OGE: Sala situacional de Muerte Materna.

Fotografía: SNU

El 77% de las muertes maternas registradas en 2011 se originaron por causas directas (obstétricas) y 23% por causas indirectas, incluyendo suicidio. Ocurrió además un 5% adicional de muertes incidentales (accidentes u homicidios) que no se contabilizan en el cálculo de la muerte materna. Comparados estos datos con los de 2001, la proporción de muertes maternas por causas indirectas se ha duplicado[60]. Entre las muertes por causa directa, en 2011 el 46% de las muertes ocurrieron por hemorragias, 31% por hipertensión inducida por el embarazo (HIE), 16% por infección y 7% por aborto. Respecto a los datos del 2001, la ocurrencia de casos por hemorragia ha bajado –asociado a la disminución del parto domiciliario-, pero ha aumento el registro de casos por HIE. No se incluyen en este análisis las causas subyacentes como la violencia de género[61], asociada a parto pre-término y pre-eclampsia[62].

Los cambios observados en la composición de las causas de muerte materna –aumento de causas indirectas y aumento de casos por HIE- apuntan a la necesidad de proteger a las madres de los riesgos sociales generados por la inequidad de género y la violencia contra la mujer, y de otro lado, a la necesidad de promover estilos de vida saludables. Por el lado de los servicios de salud, se deberá buscar mejoras en el contenido y calidad de la atención pre-natal. Igualmente, los servicios deberán adecuarse a los cambios en el perfil epidemiológico y la mayor incidencia de patologías crónicas—hipertensión y diabetes—que aumentan el riesgo del embarazo tardío, cada vez más frecuente.

Respecto al lugar de ocurrencia de las muertes maternas, el 64.3% ocurrió en algún establecimiento de salud, 23.7% en el domicilio y 7.7% en el trayecto hacia un establecimiento de salud. Respecto a los datos de 2001, ha bajado el porcentaje de muertes que ocurren en el domicilio y en el trayecto hacia el establecimiento, lo cual está asociado a la mayor oferta y cobertura de los servicios de salud, pero también a la

[60] Ministerio de Salud; Oficina General de Epidemiología. "Mortalidad materna en el Perú: 1997-2002." Lima, 2002.

[61] 39% de las mujeres entre 15 y 49 años ha sufrido alguna forma de violencia física o sexual ejercida por el esposo o compañero (ENDES 2011)

[62] UNFPA Perú, "La violencia contra la mujer y sus vínculos con la salud materna, la salud reproductiva y la salud mental."

demora que se da para acudir a un centro de salud, pues los casos de muerte durante el parto ocurren mayormente en el domicilio, y los casos de muerte durante el período que inmediatamente sigue al parto, ocurren mayormente en un establecimiento de salud.

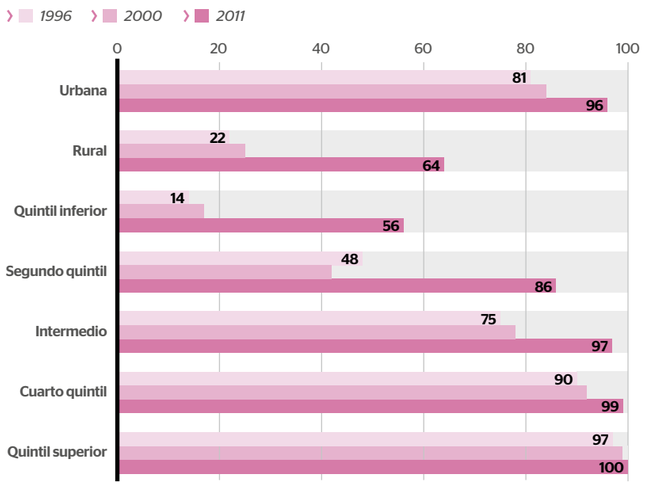
Con respecto al segundo indicador de esta meta, según la ENDES 2013, el 86.7% de los partos ocurridos en el año 2012 han sido atendidos por personal de salud especializado para brindar este tipo de atención y que mayormente están en un establecimiento de salud. En las zonas urbanas, la atención del médico duplica a la del obstetra, y en el área rural, ambos actúan en proporción similar. La atención a cargo de enfermeros es mínima en el área urbana y muy baja en el área rural.

El avance es desigual y en algunos casos casi no hay mejoras. Los datos desagregados muestran tendencias de mejora en todos los departamentos para esta meta, aunque persisten los casos de muy baja cobertura, como Loreto, Amazonas y Cajamarca – a pesar del progreso de estos dos últimos. San Martin y Ucayali, con progresos moderados, aún no alcanzan el nivel promedio nacional. Los departamentos con los mayores avances han sido Huánuco, Apurímac, Cusco, Ayacucho, Huancavelica y Puno.

Para analizar la mortalidad materna por departamentos, se han identificado las tendencias de los últimos 10 años según datos del Ministerio de Salud. Estas muestran que el descenso de la mortalidad materna observado a nivel nacional no ha ocurrido en todos los departamentos. Hay varios casos exitosos que empezaron la década con niveles altos de mortalidad materna y que lograron descensos notables, como Cusco y Huánuco, y descensos más moderados, como Ancash, Apurímac, Ayacucho, Huancavelica y Puno. Amazonas y Cajamarca mantienen niveles altos de mortalidad materna, y con muy poco progreso. En una situación más precaria están Ucayali, Madre de Dios, San Martín y Loreto, con niveles aún altos de mortalidad materna y sin avances significativos. Aunque es cierto que una mejora en la cobertura del registro de muertes podría tener igual efecto en el aumento del indicador, algunos de estos departamentos también muestran pocos progresos en los otros indicadores del ODM 5.

Según estratos de bienestar económico, las mujeres de los quintiles inferior y adyacente, han tenido un progreso importante hacia el logro de una mayor cobertura del parto atendido por profesionales. Sin embargo, aún subsiste una brecha respecto a los otros quintiles: la brecha por pobreza es mayor que la brecha por ruralidad. En el quintil más pobre el 43% de los partos se atendió en casa, en tanto que en el área rural, esto ocurrió en 34% de los partos. Estas cifras indican que las barreras económicas persisten, a pesar de que los servicios se han expandido hacia distritos más dispersos y rurales. El Seguro Integral de Salud (SIS), orientado a eliminar la barrera

GRÁFICO N° 28
Porcentaje de nacimientos atendidos por Médicos, Obstetras y Enfermeras



Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1996, 2000, y 2011

Fotografía: Miriam Moreno Serpa / UNICEF Perú

de acceso financiero, especialmente para la población en condiciones de mayor pobreza, financió entre el 2003 y el 2007, un promedio de 328 mil partos por año, aproximadamente el 53% del total de nacimientos[63]. En el 2008 alcanzó un pico de 356 mil partos, pero en los últimos años esta cifra ha disminuido como resultado de la re-afiliación de asegurados.

En la atención del parto, el acceso a cesárea es un indicador que refleja la inequidad respecto a la calidad, oportunidad y eficacia de la atención, pues se espera que un 20% de los partos se compliquen y requieran de una cesárea. En el quintil más pobre, 5.6% de los partos ocurren por cesárea, lo cual sube a 16% en el segundo quintil. En los dos quintiles de mayor riqueza, la atención del parto por cesárea alcanza a 35% y 50% de las mujeres, respectivamente-

En cuanto a la cobertura del parto por personal calificado, que en el área urbana empieza a ampliarse en los años 90, en el área rural el progreso empieza en la década de 2000. El aumento de la cobertura rural está siendo sostenido, y se encuentra muy cerca de la meta de país, que es 70% para el año 2015. Ello indica también que respecto a este indicador, la brecha urbano-rural ha disminuido, de casi tres veces a inicios de los 90, a 0.5 según la última encuesta. Mayores recursos enfocados en los resultados y productos[64] del programa presupuestal de salud materno neonatal (SMN), extensión de las estrategias de adecuación intercultural del parto y casas de espera, y el seguro integral de salud (SIS) son las principales acciones de política pública que han contribuido al mayor acceso de la población –especialmente la más vulnerable- a la atención del parto por personal calificado. ●

[63] Seguro Integral de Salud, *Boletín Estadístico Enero-Diciembre 2011*. Lima, 2013

[64] Algunos de los productos del programa presupuestal son: Población accede a métodos de planificación familiar, población accede a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva, atención prenatal reenfocada, atención de la gestante con complicaciones, atención del parto normal, atención del parto complicado no quirúrgico, atención del parto complicado quirúrgico, atención del puerperio, atención del puerperio con complicaciones, atención obstétrica en la unidad de cuidados intensivos. Ministerio de Salud, *Definiciones Operacionales y Criterios de Programación 2012*. Lima, 2011.

META 5B: LOGRAR, PARA EL AÑO 2015, EL ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD REPRODUCTIVA

Tendencias nacionales de avance.

Los avances en el acceso a la salud reproductiva se miden en función de cuatro indicadores: la tasa de uso de anticonceptivos; la tasa de fecundidad adolescente; la cobertura de atención prenatal (al menos una consulta y al menos cuatro consultas); y las necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar.

Con respecto a la **tasa de uso de anticonceptivos** el mayor progreso ocurrió en la década de los 90, a diferencia del progreso en el indicador de atención del parto que ocurrió durante la última década. La tasa de uso de anticonceptivos en 2012 fue de 75.5% en mujeres en unión conyugal, y aumentó en 16.5 puntos respecto a 1991. El uso de métodos modernos para mujeres en unión conyugal fue de 51% y está en este mismo nivel desde 2000; entre 1990 y 2000, el aumento en el uso de métodos modernos fue de 20 puntos porcentuales. La diferencia entre el uso total y el uso de métodos modernos (23%) está dada por el uso de la abstinencia periódica y el retiro.

La agregación de métodos modernos no refleja los cambios que se han dado en mezcla de métodos usados, producto de los cambios en la oferta y la respuesta de la demanda. A inicios de los 90, cuando el método moderno más usado era el dispositivo intrauterino (DIU), junto con la anticoncepción quirúrgica (AQV) y la píldora; veinte años después, el uso del DIU es menos de 3%, y el uso de la píldora y la AQV aumentaron en 3 puntos cada uno, en tanto que el uso del inyectable creció en 9 veces, y el condón en 4. La tendencia indica menos uso de métodos permanentes o cuasi-permanentes y mayor uso de métodos de abastecimiento continuo. Este cambio genera una mayor dependencia de las usuarias respecto a la disponibilidad del método y el acceso a los servicios: 82% de las usuarias de inyectables y 67% de las usuarias de píldora se abastecen en los servicios públicos de salud. La píldora es el método de mayor discontinuidad: 61% abandona el método al cabo de un año; 45% en el caso de las usuarias de inyectables.

Una presencia continua en la opción anticonceptiva de las mujeres peruanas es el uso de la abstinencia periódica; su prevalencia es de 16% entre las mujeres en unión, y se ha mantenido en torno a esta cifra desde el 2000. La tasa de abandono de este método es de 36% en general, y 15% por razones de falla, asociado con que 35% de usuarias de abstinencia periódica no saben identificar el período fértil del ciclo. En su informe del año 2012, la ENDES ha captado el uso de la anticoncepción de emergencia alguna vez en su vida[65]: 12.1% entre las mujeres en unión y 41.9% entre las mujeres solteras sexualmente activas. En ambos casos, el mayor uso es entre las mujeres de 20 a 29 años.

Respecto a las diferencias entre grupos poblacionales, el mayor aumento en el uso de métodos anticonceptivos modernos se dio entre las mujeres rurales y entre los quintiles de mayor pobreza. Este indicador muestra las menores brechas debido a pobreza o ruralidad, en comparación con los demás indicadores del ODM 5.

Con respecto a la **tasa de fecundidad adolescente,** de acuerdo con la ENDES 2011, la fecundidad entre mujeres de 15 y 19 años es de 61 nacimientos por cada 1000 mujeres. Esta tasa prácticamente se ha mantenido constante en la última década, aunque ha bajado respecto a inicios de los 90. Entonces, el progreso en el descenso de la fecundidad ha ocurrido en todos los grupos de edad, excepto en las adolescentes.

De manera similar a la fecundidad, el porcentaje de adolescentes que son madres o están embarazadas por primera vez se ha mantenido en torno a 13% desde hace más de 15 años, con ligeras variaciones que pueden deberse más a los errores de la muestra que a un cambio en el indicador (13.2% en 2012). Entre las adolescentes que son madres, 17% tiene 15 ó 16 años y 18% tiene 17 años, edades a las cuales, generalmente, aún no se ha completado la educación secundaria.

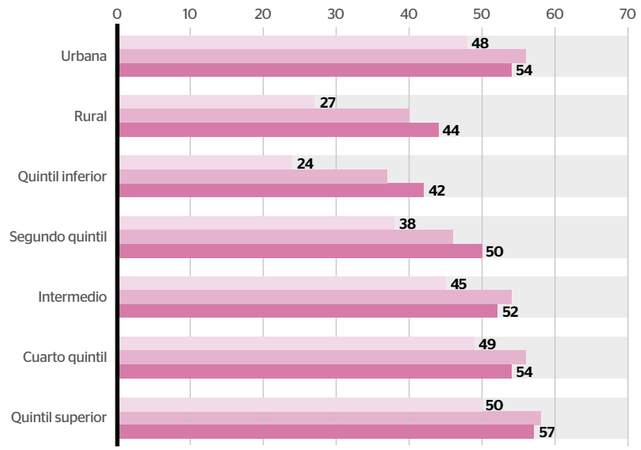
La **cobertura de atención pre-natal,** en contraste, ha avanzado y alcanzado niveles importantes en el país: aumentó de 68% a 85% en los años 90, y de allí a 98% a fines de los 2000. Más importante aún es que la atención pre-natal está alcanzando los niveles de concentración deseados, dado que en 2011 94% de las gestantes tuvieron cuatro o más consultas. Otro dato importante es que 75% de las gestantes tuvieron su primer control antes de los cuatro meses de embarazo.

Tener un mínimo de seis controles durante la gestación, e iniciarlos durante las primeras semanas de embarazo, es parte de la estrategia de atención pre-natal reenfocada del MINSA. Esta ofrece un paquete mínimo de atenciones,[66] incluyendo suplemento de hierro y ácido fólico. Aunque no se cuenta con datos acerca del cumplimiento del paquete mínimo de atenciones, se conoce que entre 2000 y 2011 el porcentaje de gestantes que recibieron suplemento de hierro aumentó de 60% a 87%.

Finalmente, con respecto a las **necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar,** la necesidad no satisfecha (NNS) -mujeres que no usan métodos anticonceptivos y no quieren tener más hijos- fue de 6% en 2011, y ha bajado 4 puntos desde 2000 y 10 puntos desde 1991, según información de las ENDES.

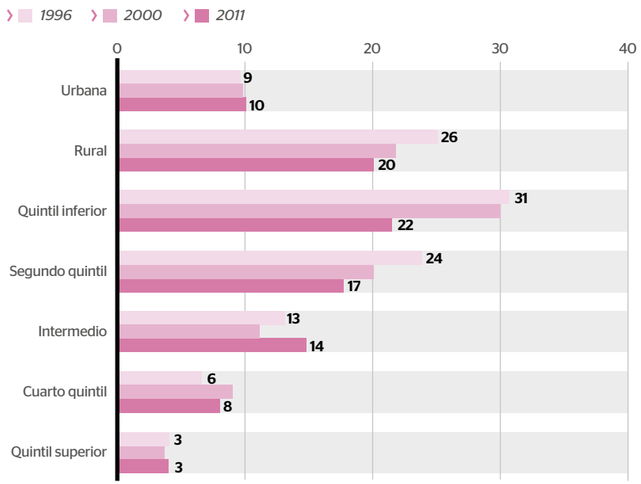
Sin embargo, este indicador ha sido revisado recientemente por el programa mundial MEASURE-DHS en 70 países, con el propósito de estandarizar la metodología de cálculo de la NNS[67] en el marco de mejorar los indicadores del ODM. De acuerdo con esta revisión, la

GRÁFICO N° 29
Porcentaje de Mujeres Casadas o Unidas que usan Métodos Anticonceptivos Modernos



Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1996, 2000, y 2011

GRÁFICO N° 30
Adolescentes que son Madres o están Embarazadas



Fuente:INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1996, 2000, y 2011

[65] La anticoncepción oral de emergencia (AOE) no es un método de rutina, sino de excepción. Se introdujo en la oferta de salud pública del país en el 2004, como insumo para prevenir un embarazo y en la atención en casos de violación (RM 668-2004-MINSA). Fue retirada de los establecimientos de salud en el 2010 (RM 652-2010-MINSA) por mandato del Tribunal Constitucional.

[66] Las atenciones incluyen prueba rápida para proteinuria, sífilis y VIH, exámenes completos de laboratorio, ecografía, tamizaje de violencia basada en género, protección antitetánica, plan de parto y suplemento de hierro y ácido fólico.

[67] La revisión excluye datos inconsistentes (del calendario) o faltantes, simplifica la definición de necesidad para espaciar, acorta la duración de la amenorrea post-parto y estandariza el cálculo de la infertilidad.

* EL MAYOR AUMENTO EN EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS MODERNOS SE DIO ENTRE LAS MUJERES RURALES Y ENTRE LOS QUINTILES DE MAYOR POBREZA. ESTE INDICADOR MUESTRA LAS MENORES BRECHAS DEBIDO A POBREZA O RURALIDAD, EN COMPARACIÓN CON LOS DEMÁS INDICADORES DEL ODM 5.

Fotografía: Leslie Searles / UNFPA

NNS en Perú en el 2007-08 fue 13%, 5 puntos más alta que la definición anterior. Ha bajado 9 puntos desde 1991 y sólo 1 punto desde 2000, lo cual está directamente relacionado con la poca variación de la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos.

De otro lado, en tanto que el número deseado de hijos es 2.3, la NNS para limitar los embarazos es mayor que la NNS para espaciar los embarazos; y alcanza su nivel más alto entre los 15-19 años, porque a esa edad las jóvenes tienen la intención de postergar los embarazos –aunque esta intención no se traduzca en uso de métodos anticonceptivos..

Las mejoras no son las mismas para todas las peruanas. Aunque en general la NNS ha disminuido como resultado del aumento en la oferta de métodos anticonceptivos, subsisten brechas relacionadas con pobreza: la NNS en el quintil de mayor pobreza es el doble que en el quintil de menor pobreza.

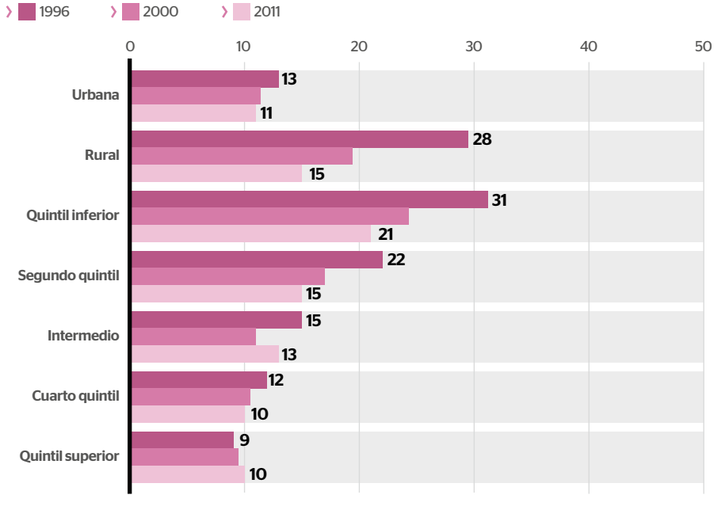
Asimismo, a nivel de departamentos/regiones, las que registran el mayor aumento de uso de métodos anticonceptivos modernos son Lima, Ica y Tumbes, a pesar de que éste no ha aumentado significativamente en la última década. Sí han ocurrido aumentos sostenidos en Huancavelica y Ayacucho, aunque los niveles de prevalencia siguen siendo bajos. Pasco y Huánuco han tenido un crecimiento sostenido, alcanzando niveles de uso por encima del promedio nacional. En Arequipa y Tacna, en cambio, el uso de métodos modernos ha disminuido.

Aunque las tasas de maternidad adolescente han mejorado entre 1996 y 2011 en la población rural y la población de los quintiles más pobres del país, este indicador muestra la mayor inequidad comparado con los demás indicadores del ODM 5. La brecha entre el quintil más pobre y el más rico es de 7 veces, y la brecha urbano-rural es de 2.

El embarazo en la adolescencia es particularmente alto en los departamentos de selva del país. En departamentos como Amazonas, San Martín y Ucayali, más del 20% de mujeres entre 15 y 19 años ya son madres o están embarazadas, en tanto que en Loreto y Madre de Dios, este número está por encima del 28%. Aunque es cierto que la maternidad adolescente puede ser parte del proyecto de vida de algunas jóvenes, e incluso es culturalmente propiciado en algunos grupos étnicos de la Amazonía, esta situación también refleja inequidades estructurales que afectan a las adolescentes nativas y les restringen sus oportunidades educativas y económicas, que más adelante podrían beneficiar a sus propias comunidades.

En departamentos como Áncash, Apurímac, Ayacucho, Cusco y Huancavelica, el embarazo adolescente ha disminuido

GRÁFICO N° 31
Necesidad Insatisfecha de Planificación Familiar



Fuente:INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1996, 2000, y 2011

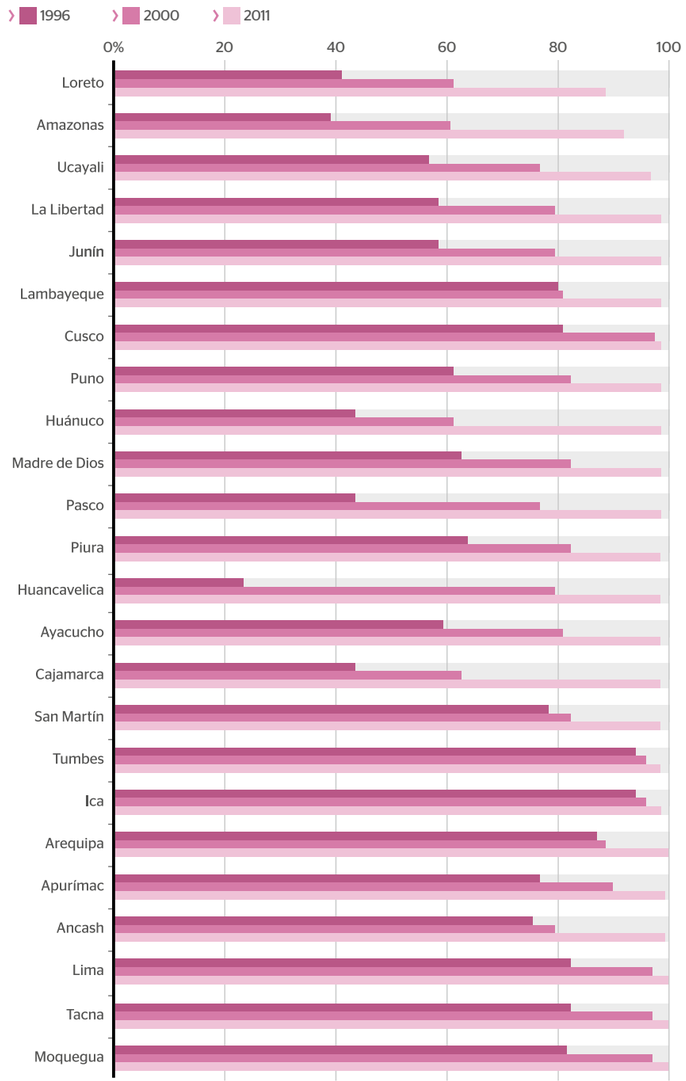
entre 8 y 10 puntos en la última década; justamente los mismos departamentos donde ha ocurrido el mayor descenso de la mortalidad materna.

En la atención pre-natal se ha logrado disminuir las brechas por ruralidad y pobreza: 88% de gestantes rurales acceden al control pre-natal, y 84% de las gestantes del primer quintil de pobreza. Ambos valores están muy cerca de la cobertura universal. Sin embargo, las brechas de oportunidad y calidad en la atención pre-natal aún subsisten, por deficiencias en la dotación de recursos humanos y equipamiento. Por ejemplo, 11% de mujeres del quintil de mayor pobreza y 8% del área rural controlaron su gestación con un técnico en enfermería, quien no tiene las competencias para ofrecer el paquete mínimo de la atención pre-natal. Entre las mujeres rurales, 33% tuvo su primer control después de los 4 meses de gestación, 24% no tuvieron ningún examen de laboratorio, 18% no recibieron suplemento de hierro y 10% tuvo menos de 4 controles en total.

A nivel departamental se han dado grandes progresos en el acceso a la atención pre-natal. Departamentos como Huánuco, Pasco, Huancavelica, Ayacucho, Cajamarca y Ucayali, que tenían coberturas por debajo de 60% a mediados de los 90, ahora alcanzan niveles de cobertura universal. Amazonas y Loreto, que igualmente han logrado progresos importantes, son los que tienen los menores niveles de cobertura, en torno a 90%.

Las regiones donde la NNS ha aumentado entre el 2000 y el 2011 son Loreto, Ucayali y Junín; han mostrado poco progreso San Martin, Pasco, La Libertad, Piura, Lima, Arequipa, Tacna e Ica.

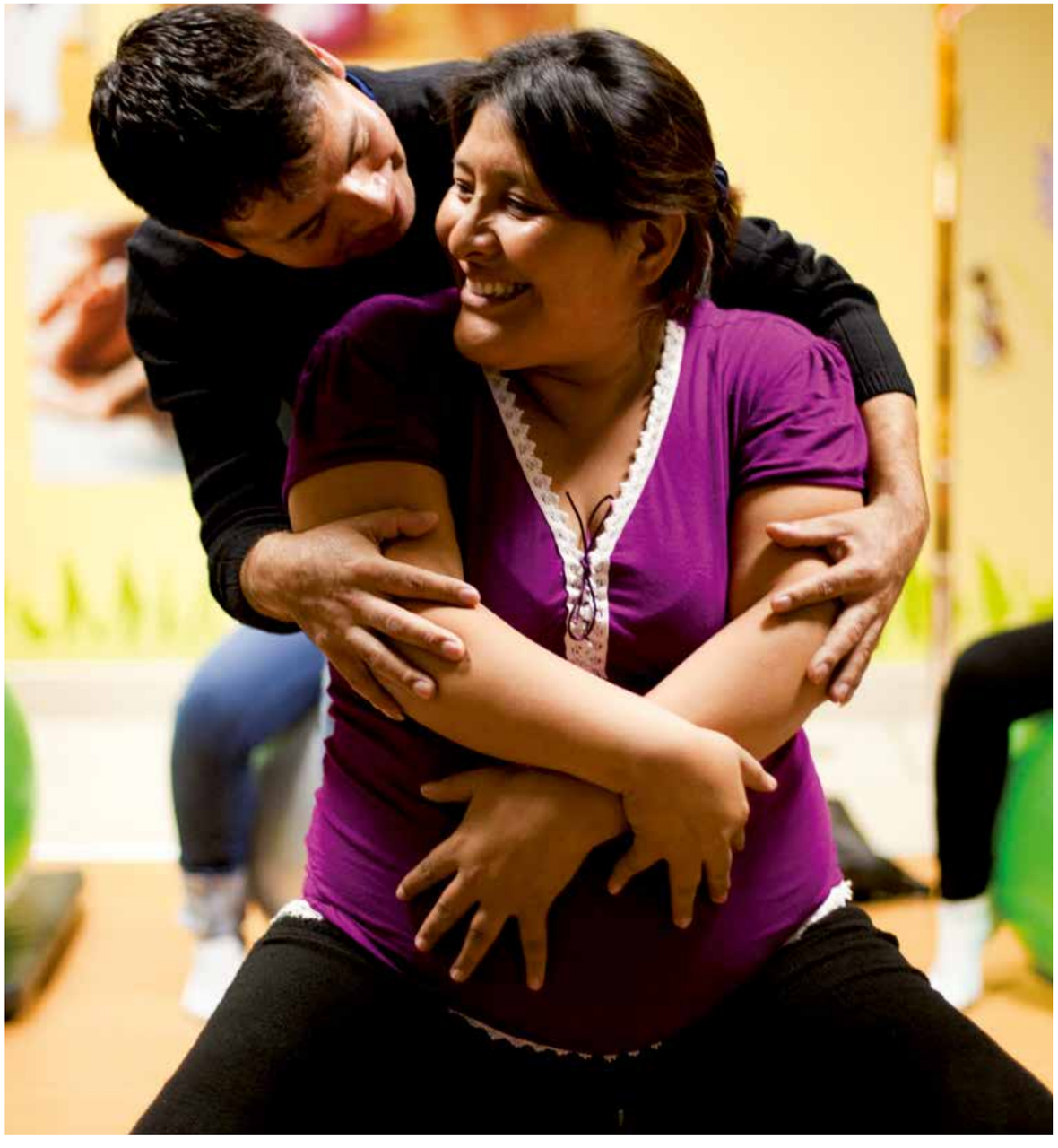
GRÁFICO N° 32
Porcentaje de Nacimiento con Atención Prenatal



Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1996, 2000, y 2011

Fotografía: SNU

Fotografía: Leslie Searles / UNFPA



FACTORES CLAVE PARA EL PROGRESO EN EL ODM 5

Una diversa gama de factores clave contribuyeron a acelerar el progreso hacia las metas establecidas para el ODM 5.

En primer lugar, ha habido un **amplio compromiso político y social.** Por ejemplo, gobierno y sociedad civil se juntan cada mayo en la celebración de la Semana de la Maternidad Saludable y Segura[68], con el propósito de activar la campaña permanente para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. En torno a este objetivo se unen actores diversos, como son los colegios profesionales y sociedades científicas, cuerpos médicos, grupos de mujeres, organizaciones de base y organizaciones de la cooperación internacional, que a su vez forman alianzas en instancias como la MCLCP el Foro de la Sociedad Civil en Salud (ForoSalud) y el Grupo Impulsor por la Alianza de la Salud Materna y Neonatal.

Con motivo de las elecciones de los gobiernos regionales (GR) para el período 2011-2014, la MCLCP desarrolló una estrategia para lograr la suscripción de acuerdos de gobernabilidad con los candidatos a la presidencia de las regiones. En todas las regiones –menos una, Madre de Dios- se logró el compromiso de los candidatos para la reducción de la mortalidad materna, incluyendo metas para el 2015. En siete regiones, la meta fue "ni una muerte más" y en 17 regiones se pusieron metas de reducción de 30%, 35% ó 40% de las muertes maternas.[69] Otra actividad permanente de la MCLCP es el seguimiento a la ejecución del presupuesto por resultados en lo que corresponde al Programa Articulado Nutricional (PAN) y el de Salud Materno Neonatal (SMN). Entre 2010 y 2012, la actividad de seguimiento de la MCLCP se ha concretado en los Balances de Seguimiento Concertado, que analizan los cambios en la asignación y ejecución del presupuesto y resultados en la equidad y equilibrio, y la publicación de Alertas, que evidencian problemas concretos en la operación de los programas y que requieren de la acción inmediata del gobierno nacional y/o regional para su corrección.

Asimismo, ha habido un **marco político y normativo favorable** a la salud materno-neonatal, a pesar de que aún tiene restricciones que se analizan con detalle en el acápite sobre Barreras. El Plan Nacional Concertado aprobado en 2007,[70] con un horizonte hasta 2010, tiene como primer objetivo sanitario reducir la mortalidad materna, definiendo con dicho propósito cuatro objetivos, tres de ellos coincidentes con las metas del ODM 5: reducir el embarazo en adolescentes, reducir complicaciones del embarazo, parto, y puerperio, incrementar el parto institucional en zonas rurales y ampliar el acceso a la planificación familiar.

De manera más específica está el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015[71], aprobado en marzo del 2009. Este incluye como meta de mortalidad materna la misma que se estableció para el país en los ODM, de 66 muertes maternas por 100,00 nacidos vivos y una meta de reducción de la mortalidad perinatal de 16 por mil nacidos vivos. Entre los indicadores considerados en el Plan están los que corresponden a los indicadores de atención especializada y necesidades de planificación familiar de los ODM, con metas

> EN 17 REGIONES SE PUSIERON METAS DE REDUCCIÓN DE 30%, 35% Ó 40% DE LAS MUERTES MATERNAS; Y EN 7 REGIONES, LA META FUE "NI UNA MUERTE MÁS".

[68] Ministerio de Salud, Resolución Ministerial 114-98-SA/DM.

[69] Tres presidentes electos –Ancash, Callao, Loreto y Pasco- no participaron en la firma de acuerdos. Más difícil fue lograr un acuerdo en torno a la reducción del embarazo adolescente, pues sólo en 7 regiones el tema despertó el interés de los grupos impulsores, quienes a su vez lograron la firma de los candidatos –Apurímac, Cajamarca, Lambayeque, Lima Región, Loreto, Piura y San Martín.

[70] Ministerio de Salud, Resolución Ministerial 589-2007.

[71] Ministerio de Salud, "Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015," RM 207-2009.

*****

EN LOS ÚLTIMOS AÑOS, EL MINSA HA REALIZADO IMPORTANTES ESFUERZOS PARA ADECUAR LA OFERTA INTEGRAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y SATISFACER LA DEMANDA DE LA POBLACIÓN, RECONOCIENDO LA HETEROGENEIDAD DE CONTEXTOS CULTURALES Y ÉTNICOS EN EL PAÍS Y LA NECESIDAD DE GARANTIZAR EL RESPETO POR ESTA DIVERSIDAD.

de cobertura muy altas para lo logrado hasta el momento. Otros indicadores relevantes se refieren a la ampliación del presupuesto para el Programa Estratégico de Salud Materno Neonatal, el aumento del número de establecimientos de salud FONB y FONE con capacidad resolutiva mayor a 80%, aumento en el número de casas de espera, estrategias locales de evacuación de emergencias obstétricas y neonatales y mejora del sistema de vigilancia epidemiológica.

También se ha avanzado significativamente en la **adecuación intercultural** de los servicios relevantes. En los últimos años, el MINSA ha realizado importantes esfuerzos para adecuar la oferta integral de los servicios de salud y satisfacer la demanda de la población, reconociendo la heterogeneidad de contextos culturales y étnicos en el país y la necesidad de garantizar el respeto por esta diversidad. En el 2005 se aprueba la norma técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural[72], que busca adecuar la oferta de servicios de salud a las prácticas locales y estandarizar la atención del parto vertical, con la finalidad de incrementar la cobertura del parto institucional y reducir las complicaciones obstétricas. En el 2008 se extiende la adecuación cultural a la orientación y consejería en salud sexual y reproductiva[73], para ampliar la aceptación de métodos anticonceptivos. En el 2010, se formaliza la capacitación de médicos y obstetras en la atención del parto con adecuación cultural, emitiéndose el módulo de educación para capacitadores en Atención de Parto Vertical con Enfoque Intercultural. Igualmente se estandarizan los requisitos para calificar hospitales y centros de salud como sedes de pasantía para este tipo de capacitación.

El mayor financiamiento público orientado a resultados también ha sido un factor que ha permitido el avance. Con la creación del Presupuesto por Resultados, como estrategia de gestión pública que vincula la asignación de recursos a productos y resultados medibles a favor de la población, surge como programa presupuestal el Programa de Salud Materno Neonatal (SMN). El Programa tiene 23 productos, que incluyen atención pre-natal, atención del parto, planificación familiar, atención al recién nacido, atención de adolescentes, intervenciones en familia, comunidad e instituciones educativas y gestión del programa[78]. Entre 2008 y 2012, el presupuesto institucional de apertura (PIA) para este programa creció de 218 millones de soles a 1,209 millones de soles y se incrementó su peso estratégico en el conjunto del presupuesto público nacional, al pasar de 0.48% a 1.47%.

Uno de los pliegos del nivel nacional que recibe fondos del Programa SMN es el Seguro Integral de Salud (SIS). Entre 2008 y 2012, el presupuesto modificado (PIM) del SIS creció de 94 millones a 119 millones de soles. Según ENDES 2011, el 34% de las mujeres en edad fértil están afiliadas al SIS, 81% del quintil más pobre y 54% del segundo quintil más pobre. En el 2011, el SIS subvencionó la atención de 276 mil partos, casi la mitad del total que ocurre a nivel nacional[79].

Como en otros ODM, el **impacto del programa JUNTOS** ha sido un factor positivo. El incentivo económico que reciben las familias está condicionado al cumplimiento de ciertos compromisos, entre los cuales está la corresponsabilidad de las gestantes de acudir al establecimiento de salud para el control pre-natal. Perova y Vakis (2011) en una evaluación reciente encontraron que entre 2005 y 2009, JUNTOS contribuyó con el aumento de la atención del parto por personal médico (91%) y el uso de anticonceptivos entre las mujeres (12%). Entre los niños menores de 6 años, el impacto se dio en el aumento de los controles de salud (69%) y la búsqueda de atención médica en caso de enfermedad (55%). Por otra parte, no encontraron ningún impacto en la vacunación infantil.

En general, ha habido **mayor inversión en infraestructura y equipamiento.** Se espera que esta tendencia continúe: con el propósito de fortalecer la atención primaria en salud, el MINSA ha identificado 747 establecimientos estratégicos en los cuales invertirá en infraestructura y equipamiento en un horizonte de tres años, en alianza con los gobiernos regionales[80]. La Ley 29912 de 2012 dispone que el MINSA excepcionalmente realice las modificaciones presupuestales que permitan transferir a 17 Gobiernos Regionales y 3 DISA de Lima, 6. 7 millones de nuevos soles para el financiamiento de estudios de pre inversión de 467 establecimientos de redes funcionales estratégicas. ●

[72] Ministerio de Salud, "Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural," RM 598-2005.

[73] Ministerio de Salud, "Adecuación Cultural de la Orientación/Consejería en Salud Sexual y reproductiva," RM 278-2008.

[74] Ministerio de Salud, "Casas de Espera Materna, Modelo para la Implementación," RM 674-2006.

[75] Ministerio de Salud, "Gestión Local para la implementación y el funcionamiento de la Casa Materna," RM 815-2010.

[76] Ministerio de Salud, "Plan de Trabajo y Precisiones para la Implementación de la R.M. Nº 240-2009- Tarifario del SIS para los Componentes Subsidiado y Semisubsidiado y sus Definiciones Operacionales," RJ 184-2009-SIS.

[77] Fondo de Población de las Naciones Unidas, Estudio de barreras de acceso a las casas de espera, en Cusco y Ayacucho, y propuestas para asegurar su sostenibilidad. Reporte Final de Consultoría. Lima, 2011.

[78] Ministerio de Salud, "Definiciones Operacionales y Criterios de Programación 2012."

[79] Seguro Integral de Salud, Boletín Estadístico Enero-Diciembre 2011. Lima, 2012.

[80] Acuerdos Ejecutivos tomados en la Comisión Intergubernamental en Salud (CIGS) en reunión del 11 y 12 de Setiembre.

RECUADRO 4

CASAS DE ESPERA MATERNA

Fotografía: SNU

La Casa de Espera Materna es un local donde se implementa una estrategia del Ministerio de Salud para brindar alojamiento a las mujeres en la última semana de gestación, facilitándoles el acceso hacia los establecimientos de salud, fundamentalmente para la atención del parto. Contribuyendo de esta manera a prevenir las muertes maternas y perinatales.

La estandarización del modelo de casas de espera materna se da en 2006[74], y en 2010 esta norma es mejorada con el propósito de formalizar el rol de los gobiernos locales en la implementación y gestión de las casas de espera[75]. En ese año también se dio la norma para la continuidad de la atención alimentaria de las madres albergadas, como parte de la población objetivo de PRONAA. De otro lado, el Seguro Integral de Salud reconoce la asignación por alimentación para las gestantes alojadas en casas de espera, el cual reembolsa a los establecimientos de salud[76]. El MINSA ha reportado la existencia de 500 casas de espera en Amazonas, Loreto, Cajamarca, Ancash, Huánuco, Junín, Apurímac, Ayacucho, Huancavelica, Cusco, Punto y Apurímac. Aunque todavía hay problemas de aceptabilidad de las mujeres respecto a las casas de espera, hay consenso en afirmar que en todos los lugares en donde se ha intervenido con esta estrategia se ha logrado un incremento en la cobertura del parto institucional y del control prenatal[77].

PRINCIPALES BARRERAS
PARA EL ODM 5

Entre las principales barreras que limitan el progreso en los indicadores del ODM 5 a nivel nacional o sub-nacional, está la **limitada oferta de servicios de salud.** Concretamente, la limitada capacidad resolutiva de los establecimientos de salud es la principal barrera para el progreso hacia el logro del ODM 5. En los últimos cuatro años, el INEI en coordinación con el MEF y el MINSA han medido la disponibilidad de recursos para la provisión de servicios de salud materno-neonatales (personal, equipamiento, medicamentos, pruebas de diagnóstico) en una muestra de establecimientos que cumplen funciones obstétricas y neonatales básicas (FONB), esenciales (FONE) e intensivas (FONI).

En 2011, la muestra incluyó 437 establecimientos de salud en 16 regiones: Amazonas, Ancash, Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huánuco, Huancavelica, Junín, La Libertad, Loreto, Pasco, Piura, Puno, San Martín y Ucayali. De 369 establecimientos FONB evaluados (61% de nivel I-4 ó II-1), sólo 1% alcanzó el estándar mínimo requerido de 80% de capacidad resolutiva y 42% alcanzó entre el 50 y 79 de capacidad resolutiva. Entre los 63 establecimientos FONE evaluados –con capacidad esperada para manejar las complicaciones obstétricas y neonatales que requieren cesárea y transfusión de sangre - 84% alcanzó entre 50 y 89 de capacidad resolutiva.

Otra barrera importante es la **falta de recursos humanos para la salud materna y neonatal (SMN).** En la encuesta de los establecimientos FONB se pregunta por el equipo básico de salud, que de acuerdo a los estándares debe ser de 3 médicos, 3 obstetras y 3 enfermeras por establecimiento. Los resultados muestran que sólo 50% de establecimientos FONB disponen del equipo básico completo, situación que ha mejorado respecto a los años anteriores, pero que está lejos de ser óptima. En el caso de los establecimientos FONE, la mayor carencia es la de personal profesional especializado, sólo 5% tienen médico gineco-obstetra, 3% tiene pediatra y 2% tiene anestesiólogo.

La mayor asignación presupuestal de la que se ha beneficiado el sector y los gobiernos regionales, no se ha traducido en una mejor dotación de recursos humanos, pues en las zonas más alejadas y de mayor dispersión las plazas no se ocupan y la rotación de los profesionales de salud es muy alta.

Persiste, sin embargo, **la necesidad de contar con un presupuesto protegido** en el sector salud. Por ejemplo, el Presupuesto 2013 fue aprobado con una reducción en la asignación presupuestal del Programa Salud Materno Neonatal de S/. 315 millones de soles, comparado con 2012.[81] Estas reducciones presupuestales pueden señalar una caída de la salud materna como prioridad del gobierno, y pueden afectar directamente los avances alcanzados hasta el momento en los indicadores de salud materna.

Frente a esta situación se torna necesario un mayor seguimiento, no sólo de la ejecución presupuestal, sino de los avances en los productos asociados con el programa y en los resultados. El avance en los resultados se conoce a partir de las ENDES, pero con un desfase temporal de dos años, por el período de referencia del indicador. El avance en los productos se hace de manera limitada por problemas en el sistema de información gerencial del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), lo cual tiene que ser mejorado a fin de ampliar el seguimiento a indicadores de calidad del gasto y mejora de procesos.

Asimismo, se ha enfrentado una **baja disponibilidad de medicamentos y equipamiento.** Respecto a la disponibilidad de medicamentos[82], sólo 28% de los establecimientos FONB tiene el conjunto de medicamentos básicos recomendado. Con relación al equipamiento e instrumental básico en sala de parto,[83] sólo 36% de establecimientos cuenta con el equipamiento completo. Respecto a la disponibilidad de medicamentos básicos en los establecimientos FONE, 40% no tiene anestésicos generales, 37% no tiene antibióticos y 32% no tiene anti-hipertensivos. En los centros quirúrgicos hay otras carencias, pues 52% no cuenta con balón de oxígeno, 43% no tiene mesa de partos, 40% no tiene monitor cardiovascular.

En el caso de la oferta de planificación familiar, los establecimientos de salud reportan al MINSA la disponibilidad de nueve métodos anticonceptivos[84], a los cuales se está incorporando el inyectable mensual y el implante. Los datos publicados en abril de 2011 señalan que, de los 7,665 establecimientos de salud que reportaron, 15% tenía disponibilidad crítica (menos de un mes de abastecimiento) de pastillas anticonceptivas, y 11% de inyectables trimestrales.

La mala calidad de la atención también ha sido un factor significativamente negativo. La MCLCP hizo referencia en 2011 a un aumento en las muertes maternas en 5 regiones, comparada con los años anteriores y "que el problema no está sólo en la cobertura de los servicios de salud sino en la calidad de la atención, la presencia de personal de salud calificado y traslado oportuno a los establecimientos de salud con capacidad resolutiva adecuada". [85]

En lo que respecta al funcionamiento de los servicios de salud, los estudios de la Defensoría del Pueblo evidencian que aún es necesario reforzar las labores de información a las gestantes. Por ejemplo, se les debe informar sobre el derecho a recibir atención gratuita cuando corresponda, a ingresar con su pareja, partera o familiar durante las consultas y a alojarse en una casa de espera materna durante los últimos meses del embarazo. Deben también conocer los cuidados especiales durante el embarazo y la identificación de los signos de alarma. Además, es sumamente importante garantizar el trato amable, respetuoso y confidencial a las usuarias, a fin de acercarlas a los servicios de salud y promover su permanencia. Finalmente, en relación a la mala calidad de la atención, es necesario erradicar las prácticas que aún subsisten de sanciones o multas por parto domiciliario, pues carecen de una base normativa y desincentivan a las gestantes a acudir a los establecimientos de salud por el temor a ser sancionadas.

Con relación a la **prevención primaria del cáncer de cuello uterino,** la Federación Latinoamericana de Ginecología y Obstetricia (FLASOG)[86] expresó su preocupación por la suspensión de la vacunación gratuita contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) por parte del MINSA, lo cual discrimina a las jóvenes de menores recursos en el país y desecha el efecto de cohorte logrado con la vacunación el año anterior. Las evidencias científicas respaldan el uso de la vacunación contra el VPH, y la información sobre costo-efectividad señala sus ventajas en cuanto al efecto que tendrá en el futuro en la reducción de los casos de displasia cervical, cáncer de cuello uterino y muerte, con una reducción significativa de los costos por tratamiento de este tipo de cáncer en el país.

Dentro de las barreras para el avance de los indicadores del ODM 5 también cabe destacar **aspectos normativos** que requieren urgentemente de cambios:

Aprobación del Protocolo de aborto terapéutico: Según el artículo 119° del Código Penal vigente, el aborto terapéutico no se encuentra penalizado, y está permitida la interrupción del embarazo bajo condiciones excepcionales relacionadas con la vida y la salud de la gestante[87]. La valoración de estas circunstancias excepcionales requiere de un pronunciamiento médico conforme a determinados parámetros técnicos y científicos, establecidos de manera general para todos los y las profesionales médicos a nivel nacional. Corresponde al MINSA, dictar las

[81] Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza, ALERTA Nº 2-2012-SC/PSMN. Lima, 2012.

[82] Medicamentos básicos: antibióticos, anti-hipertensivos, cloruro de sodio al 0.9%, oxitócico parenteral, sulfato de magnesio y sulfato ferroso oral.

[83] Equipos e instrumentales básicos: set de parto y episiotomía, mesa de partos, estetoscopio y tensiómetro.

[84] MELA, abstinencia periódica, condones masculinos, condones femeninos, píldoras combinadas, inyectable de depósito, DIU, AQV femenina y AQV masculina.

[85] Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza, Alerta Abril 2011. Lima, 2012.

[86] Federación Latinoamericana de Ginecología y Obstetricia, Taller Nacional para Fortalecer la Vacunación contra el VPH en Niñas. Relato Final. Lima, 2012.

[87] Defensoría del Pueblo, Boletín de la Adjuntía para los Derechos de la Mujer. Lima, 2012.

normas que permitan esta reglamentación con la finalidad de brindar una atención oportuna y apropiada para estos casos. Los datos registrados muestran un aumento de las muertes maternas por causas indirectas, las cuales podrían evitarse con la aplicación del protocolo.

Revisión de la prohibición del Tribunal Constitucional para la entrega de la anticoncepción oral de emergencia (AOE): En octubre del 2009, el Tribunal Constitucional ordenó al MINSA que se abstenga de desarrollar como política pública la distribución gratuita a nivel nacional de la píldora del día siguiente, debido a dudas respecto a su efecto en el proceso de implantación. En respuesta el MINSA emitió un comunicado,[88] y en opinión de la Defensoría del Pueblo, los mecanismos de acción de la AOE son similares a los de los demás métodos anticonceptivos de uso regular, pues no tiene efecto alguno después de haberse producido la implantación; por tanto, no es abortiva. En consecuencia la prohibición impuesta por el Tribunal Constitucional a los servicios de salud del MINSA constituye una restricción a la salud pública, en tanto impide a las mujeres de escasos recursos económicos contar con un método científicamente reconocido para evitar embarazos no deseados.

Ausencia de planes regionales: Aunque los GR consideran que la reducción de la muerte materna es una prioridad –en algunos casos, mencionada en sus planes de desarrollo o en sus planes de salud- en general no cuentan con planes regionales específicos y no tienen metas regionales para los indicadores del Plan Estratégico Nacional. Sólo Huánuco tiene un Plan de Reducción de la Mortalidad Materna con vigencia 2006 – 2010.

[88] MINSA, "Comunican que existe certeza que el uso de levonorgestrel como anticonceptivo oral de emergencia no es abortivo y no produce efectos secundarios mortales o dañinos," RM 167-2010.

Fotografía: Leslie Searles / UNFPA

DESAFÍOS EMERGENTES PARA EL ODM 5

Considerando las perspectivas de avance sostenido a 2015 y más adelante, los **cambios en la dinámica demográfica y perfil epidemiológico** generan dos desafíos importantes para el logro del ODM 5.

De un lado, como resultado de las elevadas tasas de fecundidad del pasado y el importante aumento de la esperanza de vida al nacer, un contingente importante de jóvenes, hombres y mujeres están ingresando a la vida productiva y reproductiva. Entre 2010 y 2015, el número de mujeres en edad fértil aumentará en más de 500 mil, con una consecuente presión que continuará sobre los servicios de salud sexual y reproductiva, y salud materna.

De otro lado, el cambio en la estructura por edades, acompañado de un envejecimiento relativo de la población, está modificando rápidamente el perfil epidemiológico del país, en especial en las zonas urbanas, con una mayor presencia de enfermedades crónicas y degenerativas. Este cambio está influyendo en el aumento de la mortalidad materna por causas indirectas, también asociadas a la maternidad en edades tardías. Contribuiría con la disminución de este riesgo, una oferta de métodos anticonceptivos más completa, que incluya métodos de larga duración como el DIU y los implantes sub-dérmicos.

Igualmente los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico de la población plantean varios desafíos al sistema de salud. En primer lugar, están generando una competencia en la asignación de recursos entre las diferentes prioridades sanitarias. Ya se ha visto para 2013 una reducción en el presupuesto de salud materna y neonatal para ser destinado al programa SAMU, que atiende emergencias de todo tipo, no sólo por complicaciones de la gestación y el parto. En segundo lugar, demandan recursos humanos especializados, cuando todavía no se logra cubrir

RECUADRO 5

DESAFÍOS ADICIONALES PARA ACELERAR LOS AVANCES A NIVEL SUB-NACIONAL

• Proveer asistencia técnica integral a las unidades ejecutoras a fin se prioricen los presupuestos de acuerdo a las necesidades sanitarias de la región (así, las regiones con mayor mortalidad materna deberían tener mayor presupuesto en el programa presupuestal de Salud Materno Neonatal).

• A nivel de servicios de salud, realizar la adecuada investigación de las muertes maternas, mejorar la calidad de registro, mejorar el seguimiento a la gestante (vincular el servicio con la comunidad), y mejorar la calidad de la atención (cumplimiento y vigilancia de los protocolos establecidos para la atención prenatal y parto).

• En todos los niveles, hacer permanente el seguimiento de la información sobre muerte materna, para garantizar y priorizar la oportunidad y calidad de la información, sobre todo en aquellas regiones con antecedentes históricos de muerte materna.

• Fortalecer el desarrollo de habilidades sociales en los diferentes escenarios en los que se desenvuelve el adolescente, buscando fortalecer autoestima, trabajar en su proyecto de vida y el desarrollo de habilidades de liderazgo y de trabajo en equipo.

• Fortalecer los espacios de vigilancia comunal, debiendo para ello fortalecer el tema de la organización comunal, conocimiento del problema y las consecuencias en el desarrollo de las comunidades de la muerte materna.

RECUADRO 6

DESAFÍOS ADICIONALES PARA MEJORAR LA SALUD SEXUAL EN EL NIVEL SUB-NACIONAL

En relación a la salud sexual, es necesario actuar en el nivel local y regional para informar y preparar a la población adolescente para la toma de decisiones informadas, debiendo tener en cuenta en las estrategias:

• Realizar un análisis de los problemas que le preocupan al adolescente a nivel local: violencia sexual y acoso por adultos, malnutrición, daños a la salud mental, falta de afecto, consumo de tabaco, uso nocivo de alcohol y uso de drogas entre otros,

• Promover el desarrollo de adolescentes y jóvenes a través de la integración de los diversos contextos en los que viven los adolescentes y a los adultos que están presentes en su vida,

• Fortalecer la educación sexual en la familia. Aunque la investigación es escasa los estudios relacionan una mayor comunicación entre padres y adolescentes con un resultado positivo en la salud sexual y reproductiva.

Fotografía: Leslie Searles / UNFPA

*

EN EL PAÍS, EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y DE MAMA OCUPA EL 22% DEL TOTAL DE CASOS REGISTRADOS Y EL 14% DEL TOTAL DE MUERTES POR CÁNCER.

la oferta de un equipo básico de salud en las zonas más alejadas y dispersas del país. Por último, exigen una mejor distribución de los recursos en general, que sea más equitativa entre acciones de prevención y promoción y la atención recuperativa.

Teniendo en cuenta las perspectivas de cambio en el perfil epidemiológico y las barreras encontradas, se hace crecientemente importante **mejorar la atención del cáncer.** Un elemento que contribuirá en el progreso hacia el logro del ODM 5 es la aprobación del Plan Nacional para la Atención Integral del Cáncer y Mejoramiento del Acceso a los Servicios Oncológicos (Plan Esperanza)[89] que busca mejorar el acceso a la oferta de servicios de promoción, prevención, diagnóstico temprano, diagnóstico definitivo, estadiaje y tratamiento y cuidado paliativo a nivel nacional en forma progresiva de acuerdo al desarrollo tecnológico y la disponibilidad de recursos. En el país, el cáncer de cuello uterino y de mama ya ocupa el 22% del total de casos registrados y el 14% del total de muertes por cáncer.

Para el plan, es necesario la contratación y capacitación de personal especializado para una población objetivo de 12 millones de asegurados al SIS; asimismo, se consignan recursos para las intervenciones preventivas y recuperativas de 10 tipos de cáncer y del seguro oncológico. En cuanto a la prevención primaria del cáncer de cuello uterino, el DS menciona que "se evaluará la incorporación de la vacuna contra el virus de papiloma humano", a pesar de que en el país ya se han vacunado a 300 mil niñas en años anteriores. ●

[89] DS 009-2012-SA Declaran de interés nacional la Atención Integral del Cáncer y Mejoramiento del Acceso a los Servicios Oncológicos en el Perú y dictan otras medidas.

PERSPECTIVA REGIONAL DEL ODM 5: APURÍMAC Y LORETO

Apurímac es una de las regiones donde más avances se han visto en la última década en el ODM 5. Entre 2000 y 2011, la mortalidad materna se redujo a la mitad, la proporción de partos con asistencia de personal calificado se duplicó y el porcentaje de embarazos en la adolescencia se redujo a la mitad. Menores avances se han dado en el uso de métodos anticonceptivos, 22 puntos en 15 años, y 17 puntos en el uso de métodos modernos. En consecuencia, la necesidad no satisfecha disminuyó en 10 puntos entre 1996 y el 2011.

Apurímac es un departamento con 63% de población rural y 33% de menores de 15 años. El 68% de su población tiene el quechua como lengua materna, y más de la mitad está en condiciones de pobreza. Un 61% de viviendas tiene acceso a agua potable por red de tubería, y un 24% a desagüe. El acceso a algún seguro de salud en este departamento aumentó de 50% a 88% entre el 2007 y el 2011, y 77% tiene acceso al seguro integral de salud (SIS). Se han implementado con éxito las estrategias de adecuación intercultural, como son el parto vertical y las casas de espera para recibir gestantes antes del parto.

En 2012, el presupuesto institucional modificado (PIM) del Programa de Salud Materna Neonatal (SMN) que se destinó a Apurímac fue de 36.3 millones de nuevos soles (S/. 3 mil por gestante) de los cuales se ejecutó 80%. Apurímac es además una región piloto del aseguramiento universal, y una de las sedes del convenio EUROPAN orientado a mejorar los sistemas de gestión en salud y el presupuesto por resultados

En contraste, en **Loreto** se han dado avances bastante limitados con relación a los indicadores de salud materna. No hay un descenso de la mortalidad materna (es más, la tasa para 2009-2011 es mayor que la de 2000-2002), y tampoco han ocurrido mejoras en el embarazo en la adolescencia y el uso de métodos anticonceptivos. Entre 2000 y 2011, la cobertura de atención prenatal creció en 25 y la atención del parto por personal calificado en 15 puntos. A pesar de estas mejoras, Loreto está a la zaga con relación al resto de departamentos.

Loreto es un departamento con 66% de población urbana y 35% de menores de 15 años. Estimaciones censales refieren que el 11% de su población pertenece a alguna etnia amazónica, y 5% tiene una lengua nativa amazónica como idioma materno. A pesar del elevado porcentaje de población urbana, sólo un 42% de viviendas tiene acceso a agua potable por red de tubería, y un 37% a desagüe.

El acceso a algún seguro de salud aumentó de 49% a 81% entre el 2007 y el 2011, y 63% tiene acceso al seguro integral de salud. En 2012, el presupuesto institucional modificado (PIM) del Programa SMN que se destinó al Departamento de Loreto fue de 34.7 millones de nuevos soles (S/. 1.4 mil por gestante), de los cuales se ejecutó 92%. En términos de costos, dado la extensión territorial sumada a la dispersión población, los requerimientos financieros per cápita para la atención de salud en Loreto son más altos que en otros departamentos donde la población está más concentrada en un espacio territorial menor.

TABLA N° 7

Apurímac: Resumen de indicadores

Objetivo 5: Mejorar la salud materna		2000-2002	2003-2005	2006-2008	2009-20011
Meta 5A: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes	5.1 Razón de mortalidad materna (por 100 mil nacidos vivos) (i)	94.4	114.9	71.2	48.8
	Número de muertes por causa materna (acumulado 3 años) (i)	32	39	24	16
			ENDES 1996	ENDES 2000	ENDES 2011
	5.2 Proporción de partos con asistencia de personal de salud cualificado		39%	45%	96%
Meta 5B: Lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva	5.3 Tasa de uso de anticonceptivos (total y métodos modernos)		55% 32%	63% 48%	77% 49%
	5.4 Porcentaje de adolescentes madres (mujeres 15-19 años)		18%	20%	9%
	5.5 Cobertura de atención prenatal (al menos una consulta)		73%	91%	99%
	5.6 Necesidad insatisfecha en materia de planificación familiar		25%	18%	15%

Fuente: Datos de vigilancia epidemiológica (RENACE).

TABLA N° 8

Loreto: Resumen de indicadores

Objetivo 5: Mejorar la salud materna		2000-2002	2003-2005	2006-2008	2009-20011
Meta 5A: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes	5.1 Razón de mortalidad materna (por 100 mil nacidos vivos) (i)	120.9	109.1	138.3	130.7
	Número de muertes por causa materna (acumulado 3 años) (i)	95	86	107	97
			ENDES 1996	ENDES 2000	ENDES 2011
	5.2 Proporción de partos con asistencia de personal de salud cualificado		39%	35%	50%
Meta 5B: Lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva	5.3 Tasa de uso de anticonceptivos (total y métodos modernos)		54% 44%	61% 48%	61% 46%
	5.4 Porcentaje de adolescentes madres (mujeres 15-19 años)		29%	34%	30%
	5.5 Cobertura de atención prenatal (al menos una consulta)		43%	64%	89%
	5.6 Necesidad insatisfecha en materia de planificación familiar		22%	18%	24 %

Fuente: Datos de vigilancia epidemiológica (RENACE).

ODM 6

COMBATIR

EL VIH/SIDA, MALARIA
Y OTRAS ENFERMEDADES

SITUACIÓN
DE UN VISTAZO

En el Perú, el ODM 6 se refiere a la propagación de tres epidemias: VIH/SIDA, tuberculosis y malaria. Con respecto a la meta de haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA, las cifras de prevalencia en la población general y entre gestantes de 15-24 años (medida indirecta estándar) se han mantenido en menos de 1% desde 1996.

El perfil de la epidemia se ha estabilizado en la población general, y los casos están ahora más en los adultos que en los más jóvenes. Sin embargo, datos de 2011 muestran un repunte del VIH y de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en los segmentos más jóvenes de los Hombres que tienen sexo con Hombres HSH y en las personas transexuales (tendencia contraria a la observada en la población general); asimismo, estudios hechos en trabajadoras sexuales que no acceden al sistema de salud arrojan elevada prevalencia, lo que confirma que la epidemia continúa concentrada en la llamada "población clave".

No obstante avances importantes, aún no se ha logrado el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesitan. La cobertura estimada de TARGA (Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad) en el país se estimaba en 50% en 2008 y 60% en 2011. Desde 2006, el Estado asume el costo de los medicamentos antirretrovirales y son totalmente gratuitos en la actualidad.

También se ha logrado detener y comenzar a reducir, para el año 2015, la incidencia de malaria y otras enfermedades graves, aunque tanto la malaria como tuberculosis continúan siendo problemas de salud pública importantes. Con respecto a la malaria, en los últimos años se ha producido una significativa disminución de la tasa de morbilidad, y la mortalidad asociada a la misma ha disminuido durante la última década hasta llegar a cero en 2010 y 2011. Desde su re-emergencia a mediados de los años 90, ha presentado picos epidémicos en 2002 y 2005, para mostrar un descenso sostenido desde el año 2006. Con respecto a la tuberculosis, las tasas de prevalencia han disminuido en las últimas dos décadas, de 198.6 por 100 000 habitantes en 1990, a 109.7 en 2011, aunque las formas más resistentes y agresivas de la enfermedad están presentando retos para mantener el control sobre la epidemia.

La construcción de una respuesta nacional más coordinada y efectiva ha permitido mantener estable la epidemia del VIH en la población general y reducir la mortalidad por TB y malaria. Para profundizar los avances, destaca la oportunidad de aplicar recursos públicos a través del Programa Estratégico Presupuestal de VIH y Tuberculosis, planteado por el Ministerio de Economía y Finanzas en 2011.

Los logros no se reflejan de manera uniforme en todas las regiones del país. También persisten importantes diferencias regionales en el acceso de ciertos grupos poblacionales particularmente afectados por estos daños—en especial aquellos afectados por la pobreza y pobreza extrema, y otros tradicionalmente excluidos como la población LGTBI—a los servicios de prevención, atención, tratamiento y apoyo. En general, se observa escaso avance en la lucha contra la discriminación, especialmente contra las personas viviendo con VIH, los HSH y la población transgénero. El logro del ODM 6 requiere una especial atención por su impacto sobre la salud de las personas, su calidad de vida y las limitaciones que genera en el desarrollo humano de las personas afectadas. Está íntimamente ligado con los otros ODM: detener y reducir el VIH depende del cumplimiento de otras metas, como la reducción de la pobreza y del hambre, el acceso a la educación, la igualdad de género y salud materna, entre otras.

Fotografía Créditos: Enrique Román, OCR

El ODM 6 se refiere a tres enfermedades cuyo perfil epidemiológico y manifestaciones poblacionales y regionales difieren entre sí. Mientras que el VIH es un daño asociado principalmente a los comportamientos sexuales de riesgo y se extiende en gran medida entre los varones y personas más jóvenes de zonas urbanas de las grandes ciudades del país, principalmente en la costa y selva, la malaria es un mal endémico de la zona de la selva amazónica, selva central y costa norte, afectando por igual a todos los grupos etarios y a mujeres y varones. La tuberculosis (TB), por su parte, se presenta en zonas caracterizadas por la pobreza y el hacinamiento, particularmente periurbanas y rurales, y afecta a la población sin discriminar sexo o edad.

Las tres metas establecidas para el ODM 6 son:

6a. Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA en 2015.

6b. Lograr el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten.

6c. Haber detenido y comenzado a reducir, en 2015, la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves.

META 6A: HABER DETENIDO Y COMENZADO A REDUCIR, PARA EL AÑO 2015, LA PROPAGACIÓN DEL VIH/SIDA

Tendencias nacionales de avance. En el Perú, el VIH se comporta como una epidemia concentrada[90] y se ha propagado con rapidez por la vía sexual en las poblaciones clave.[91] De acuerdo a los últimos reportes de vigilancia epidemiológica de 2011, aún se encuentra una alta incidencia de nuevos casos en el segmento más joven de HSH y transgéneros femeninas. Asimismo, hay evidencia de su expansión en población heterosexual, especialmente a través de las parejas sexuales de las poblaciones clave.[92]

Por consenso internacional, la vigilancia en gestantes es utilizada como medida indirecta de la situación del VIH en la población general. La vigilancia de prevalencia en usuarias de atención prenatal de 15 – 24 años del MINSA presenta cifras de prevalencia que se han mantenido en menos del 1% desde 1996 en los diferentes estudios realizados **(Tabla 9).** La **Tabla 10** muestra resultados del modelamiento epidemiológico realizado por OMS/ONUSIDA, proyectados para la población general, observándose la misma tendencia de los datos para gestantes.

El mayor número de casos de sida registrados en el sistema nacional de salud entre 1983 y 2011 se reportó en Lima y Callao (71%). La principal vía de transmisión sigue siendo la sexual (97% de los casos), seguida por la vertical (2%) y la parenteral (1%).[93] En el mismo periodo, el MINSA ha registrado 28 445 personas con sida y 45 876 personas con VIH. De las personas con sida, 3 506 (12.3%) son adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años de edad, 739 (2.6%) menores de 14 años, 492 (1.7%) menores de 5 años. Estos últimos representan aquellos casos de transmisión vertical durante la gestación, parto o periodo de lactancia. Más de dos terceras partes (69.9%) de las personas notificadas de sida tienen edades comprendidas entre los 25 y 49 años de edad, 1 921 personas (6.8%) se encuentran en el grupo de edades de 50 a 59 años y 848 (2.9%) son personas de 60 y más años de edad (adultos mayores).

Desde el reporte del primer caso de sida en 1983, los nuevos casos se incrementaron de manera sostenida hasta 2005, para luego presentar una tendencia en meseta entre los años 2009 y 2011. Los casos de VIH notificados, por su parte, tuvieron una tendencia ascendente hasta el año 2008, cuando comenzó a descender. Esta disminución ha ido acompañada de un descenso en la cantidad de pruebas de tamizaje realizadas en población vulnerable.

El 2% de los casos de VIH notificados al sistema de salud corresponden a **transmisión vertical** (de la madre con VIH al niño) durante la gestación, el parto o la lactancia. Estos casos son evitables, ya que los avances científicos demuestran que la prueba oportuna del VIH en las gestantes, permite conocer su estado serológico y brindar el tratamiento y cuidados necesarios para prevenir esta transmisión. Se cuenta con algunos estudios aproximativos sobre la tasa de transmisión vertical en el país. Un estudio en el Instituto Materno Perinatal y publicado en 2011, muestra una tendencia a la disminución de la transmisión vertical del VIH de 15% en 1996 a 4%[94] en 2009, asociada con el uso de antirretrovirales (ARV). Cabe señalar que el porcentaje de gestantes VIH positivas y que recibió profilaxis o tratamiento con ARV se ha incrementado también durante los últimos años. Cuando se toma como referencia el número estimado de gestantes VIH positivas para el Perú[95], la cobertura es un poco mayor al 50%.

Si bien se evidencian importantes mejoras en la prevención de la transmisión vertical (relacionadas con los protocolos de atención[96], estrategias innovadoras para la ampliación de la cobertura de control pre-natal y el escalamiento del tamizaje de gestantes), persisten importantes debilidades en el sistema de seguimiento de los niños expuestos al VIH[97] pues pierden contacto con el sistema de salud antes de poder saber si se han infectado con el VIH, y el tamizaje de gestantes aún no es universal, entre otros factores.

Por otra parte, un reporte de 2005 de Unicef[98] estima 660 **huérfanos a consecuencia del VIH/SIDA** en el país.[99] Es difícil sin embargo calcular cuántos niños son huérfanos, debido a que cuando una persona con sida fallece, con frecuencia el cuidado de sus hijos es asumido por otros miembros de la familia.[100] El efecto de la epidemia del sida en los huérfanos se mide a través de la relación entre niños huérfanos y no huérfanos que se encuentran en la escuela. En el 2006 – 2007, el indicador de escolaridad (asistencia escolar) de los niños huérfanos del país era 69.8% y aumentó a 88.9% en 2011, porcentaje ligeramente inferior a la de los niños no huérfanos ese mismo año (93.6%).[101]

En términos generales, ha mejorado el **acceso a la salud sexual y reproductiva, anticonceptivos y uso del preservativo.** Las ENDES demuestran que el uso de anticonceptivos entre los años 1991/1992 – 2011 aumentó tanto en mujeres unidas como no unidas. Este incremento –de 2.8% en

TABLA N° 9

Prevalencia de VIH en gestantes. Perú 1996 - 2008

GESTANTES	1996-1997*	1996 **	1997 **	1998 **	1999 **	2000 **	2001 **	2002 **	2006 ***	2008 ***
Perú total	0.5%	0.16%	0.34%	0.15%	0.15%	0.26%	0.6%	0.21%	0.23%	0.23%
Lima	0.5%	67,7	72,0	68,1	75,6	69,9	79,7	78,9		
Loreto			0.3%							

› *Fuentes:* **Determinants and prevalence of HIV infection in pregnant Peruvian women, Alarcon, J. et al. AIDS 2003, 17:613–618*
*** Evaluación Plan Estratégico 2001-2004 para la prevención y control el VIH/SIDA en Perú.*
****DGE, MINSA, 2006*
*****Hierholzer, J. et al. Molecular epidemiology of HIV type 1 in Ecuador, Peru, Bolivia, Uruguay and Argentina. AIDS Research and Human Retroviruses 2002; 18 (18): 1339-50.*

TABLA N° 10

Prevalencia de VIH en población general. Perú 2001 - 2010

Indicador	2001	2006	2007	2009	2010
Prevalencia entre 15-24 años total	-	0.21	-	0.2	-
Hombres	0.2	-	0.5	0.2	-
Mujeres	-	-	0.3	0.1	-
Prevalencia entre 15-49 años	0.5	-	-	0.4	-
Prevalencia menores 15 años	-	-	-	-	-
Prevalencia en adultos	-	-	-	-	0.4

› *Fuentes: Informe Mundial 2008, 2010 y 2012. UNAIDS/WHO*

[90] Epidemia concentrada es aquella que se ha propagado rápidamente por una o más poblaciones pero aún no se ha extendido entre la población general; típicamente, su prevalencia es superior al 5% en las sub poblaciones e inferior al 1% en la población general. ONUSIDA, *Orientaciones terminológicas de ONUSIDA*. Ginebra, 2011.

[91] Población clave: transgénero, hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores/as sexuales., usuarios de drogas inyectables y personas que viven con VIH. Ibíd.

[92] J. Alarcón et al., "Estimación y análisis de la incidencia de VIH en población adulta del Perú: Resultados de la aplicación del modelo matemático MoT", en *Revista Peruana de Medicina Experimental en Salud Pública*. Lima, 2012.

[93] DGE – MINSA. Datos reportados a setiembre 2012.

[94] C. Velásquez, *"Resultados de la aplicación de tres guías nacionales para prevenir transmisión vertical del VIH en el Instituto Nacional Materno Perinatal" en: Revista Peruana de Medicina Experimental en Salud Pública 2011*. Lima, 2012.

[95] En 1997, la OMS propuso el uso del programa estadístico Spectrum para el modelaje del VIH, el cual se utiliza para estimar la población afectada.

[96] Ministerio de Salud. "Norma Técnica de Salud para la profilaxis de la Transmisión Madre-Niño del VIH y la Sífilis Congénita". RM 946-2012

[97] Ídem supra.

[98] UNICEF, Estado Mundial de la Infancia (New York: Unicef), 2007.

[99] El número de niños huérfanos a causa del VIH/SIDA (ie. número estimado de niños que han perdido a su madre, a su padre o a ambos como consecuencia del sida antes de cumplir los 15 años) es un indicador de interés para países donde la prevalencia alcanza a más del 5% de la población general y la mortalidad por sida es motivo de preocupación para los sistemas de protección social, debido al gran número de niños que quedan desprotegidos a la muerte de sus padres y cuyo cuidado debe ser asumido por el Estado (Unstats, 2010).

[100] Ministerio de Salud, *Reporte de progreso de los compromisos Ungass sobre el VIH* (Lima: Ministerio de Salud), 2008.

[101] Ministerio de Salud, *Informe nacional sobre los progresos realizados en el país* (Lima: Ministerio de Salud, ONUSIDA), 2012.

1991/92 a 12.3% en 2012 en el caso de mujeres unidas-- sugiere que mayor cantidad de mujeres acceden a los servicios de salud sexual y reproductiva, aunque esto no se refleja por igual en todas las regiones del país. En los varones, la prevalencia de uso actual de métodos anticonceptivos no ha variado entre los años 1996 y 2008, manteniéndose en 54.2% en ambas mediciones.[102,103]

Destaca que la prevalencia de uso de anticonceptivos en adolescentes, grupo particularmente afectado por el VIH, es muy baja; ello está asociado a que existen barreras legales para el acceso de los adolescentes a los servicios de salud, en general y de salud sexual y reproductiva (la normatividad vigente penaliza las relaciones sexuales de los menores de 18 años, y la Ley de Salud condiciona su acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y por ende, a prevención de VIH e ITS, a estar acompañados de su padre o tutor.[104]

De entre todos los métodos anticonceptivos, el preservativo es el método más efectivo para la prevención de las ITS y el VIH y del embarazo a la vez (denominado "doble protección"). Con la propagación del VIH y de otras ITS, es cada vez mayor la necesidad de usar preservativos como primera opción entre los anticonceptivos. En el caso de las mujeres, las no unidas pero sexualmente activas son quienes los usan en mayor proporción. También, el porcentaje de uso actual de preservativos en las mujeres unidas ha aumentado entre los años 1992 y 2011, aunque los niveles siguen siendo muy bajos en ambos casos. En las adolescentes de 15 a 19 años, su uso es muy bajo probablemente debido a las barreras legales mencionadas anteriormente, pero ha habido un incremento significativo en los últimos 10 años. Los varones, presentan un mayor uso de anticonceptivos que las mujeres, destacando la menor brecha entre uso de preservativos y otros métodos anticonceptivos en varones no unidos que en los otros grupos poblacionales.

Los quintiles de mayor riqueza, la población urbana y Lima Metropolitana presentan los mayores porcentajes de uso de anticonceptivos. Loreto, por su parte, a pesar de ser una de las regiones que presenta la mayor carga de casos de personas con VIH en el país de acuerdo a los reportes del Ministerio de Salud[105], muestra una tendencia de uso de preservativo en meseta con leve disminución en el año 2011.

Se mantiene relativamente bajo el **uso de preservativos en las relaciones sexuales de alto riesgo.** El uso sistemático de preservativos en las relaciones sexuales con parejas no regulares (relaciones sexuales de alto riesgo) reduce el riesgo de transmisión sexual del VIH; ello es importante en los más jóvenes, quienes suelen tener un número relativamente alto de parejas sexuales no regulares. [106]

En mujeres, el uso de preservativos con parejas sexuales no regulares en todas las categorías es bajo. Se aprecia una tendencia al incremento entre el año 2000 y el 2006, aunque posteriormente esta tendencia se detiene. Las mujeres de 20 a 24 años tienen mayor porcentaje de uso de preservativo que las mujeres de 15 a 19 años, lo que probablemente se deba a los problemas de acceso de las adolescentes a los métodos anticonceptivos (MAC). En varones, según las ENDES 1996 y 2008, el uso de preservativos con parejas no regulares es similar al uso de preservativos en general: alrededor de la mitad de los varones que reportaron haber tenido parejas sexuales no regulares en el último año utilizaron preservativo. Se destaca el uso más frecuente en la zona de la sierra y en la población más joven.

Ha mejorado el **conocimiento de la población sobre el VIH/SIDA.** Según las ENDES, el porcentaje de mujeres entre 15 y 24 años que saben que una persona puede protegerse de la infección por el VIH mediante el "uso sistemático del preservativo" ha aumentado sostenidamente. En el 2011, 73.6% de este grupo de mujeres conocía esta forma de evitar el contagio del VIH. Dentro de las MEF, el nivel de conocimiento es mucho menor en las jóvenes. Si se analiza por niveles de pobreza y procedencia, la población que menos sabe es la población más pobre y rural. Entre regiones, existen brechas entre sus niveles de conocimientos: entre Lima y Loreto, por ejemplo, con 80.4% y 71.5% en 2011, respectivamente.

Entre mujeres jóvenes, el nivel adecuado de conocimientos, en población general y población clave, bordea apenas el 30%. Esto sugiere la necesidad de intensificar las actividades comunicacionales e informativas, y prestar atención a la calidad de los mensajes clave, sobre todo con los/las más jóvenes, especialmente lo referente al manejo de los conocimientos incorrectos que ponen en riesgo a las personas y también pueden retroalimentar el círculo vicioso del estigma y la discriminación.

El estigma y la discriminación afectan aún a las personas que viven con VIH. La ENDES 2010 reportó que entre 20 y 40% de las mujeres entrevistadas aún presentan actitudes discriminatorias frente a las personas viviendo con VIH, valores similares a los encontrados en los varones (ENDES 2008). Una comparación entre las ENDES 2000 y 2010 (mujeres) evidencia asimismo que las actitudes positivas y negativas frente a las personas viviendo con VIH se han polarizado, habiéndose incrementado tanto los porcentajes de mujeres que opinan que una maestra con VIH puede debe seguir impartiendo clases, que un trabajador no puede ser despedido de su trabajo por tener VIH y que estarían dispuestas a cuidar en su hogar a un pariente que vive con el VIH, como los porcentajes de aquéllas que opinan lo contrario. Las actitudes negativas o más discriminatorias se presentan entre las personas del sector rural[107] , personas con menor nivel educativo, y población pertenecientes al primer y segundo quintil de riqueza.

De los casos de sida según sexo reportados, 5 938 (20.9%) son **mujeres.** Sin embargo, las mujeres enfrentan vulnerabilidades particulares frente al VIH; por ejemplo, poco acceso a información sobre cómo prevenir la infección, y limitada capacidad de negociar encuentros sexuales protegidos. Al respecto, un estudio caso-control sobre la vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH evidenció algunos factores sociales, económicos y culturales que incrementan su vulnerabilidad frente al VIH. Entre ellos: el diagnóstico de tuberculosis, edad de inicio de relaciones sexuales más temprana, historia de ITS, mayor número promedio de parejas sexuales y frecuente sexo anal. Asimismo se encontró que las mujeres infectadas tienen mayor dependencia económica de su familia o pareja, y mayor proporción de necesidades básicas insatisfechas (NBI); enfrentan mayores niveles de violencia (probablemente asociada a la infección), estigmatización y temor a la discriminación. Las redes sexuales de las mujeres infectadas eran varias veces más grandes que las de mujeres no infectadas, encontrándose un reconocimiento de que sus parejas tenían otras parejas, a la vez.[108]

En cuanto a la **población indígena amazónica,** los pocos estudios especiales disponibles evidencian que el VIH ha ingresado a estos grupos poblacionales en el Perú. Aunque la prevalencia de VIH es bastante baja en gestantes (0.16%), se ha encontrado elevados niveles de hepatitis B y de sífilis, por encima del promedio nacional.[109] Los factores de riesgo identificados en estos grupos son: el inicio sexual temprano (antes de los 16 años), varones que declaran haber tenido contacto sexual con poblaciones clave o de alta prevalencia de VIH, varones con redes sexuales extensas (mayores a 11 parejas en todo el ciclo de vida) y la baja aceptación al uso de preservativo debido a factores culturales (Ormaeche et al, 2008).

[102] incluye separados, viudos, divorciados y solteros que tuvieron relaciones sexuales en las últimas cuatro semanas.

[103] ENDES 1996 y ENDES Varones 2008.

[104] Para el análisis de la desigualdad en los niveles de uso de anticonceptivos se incluye también a las adolescentes de 15 a 19 años y a mujeres de 15 a 49 años que no están unidas o casadas.

[105] Dirección de Epidemiología, *Boletín Epidemiológico sobre el VIH / sida* (Lima: Ministerio de Salud), 2012.

[106] S. Cueto, V. Saldarriaga, e I. Muñoz, *Conductas de riesgo entre adolescentes peruanos: un enfoque longitudinal* (Lima: GRADE), 2010.

[107] Testimonios de equipos de investigadores señalan, asimismo, que en las comunidades indígenas – amazónicas, la discriminación contra las personas que viven con el VIH es muy fuerte, y llega a extremos que van desde las hostilizaciones hasta la expulsión de la comunidad, pues los asocian con desgracias para todos los miembros de la comunidad (cf. Dirección de Epidemiología – MINSA).

[108] P. García, et al, VIH y Vulnerabilidad de la Mujer (Lima: UPCH, UNFPA, ONUSIDA), 2012.

[109] M. Ormaeche, A. Whittembury, A, M.Pun, M y L. Suarez-Ognio, *Hepatitis B virus, syphilis, and HIV seroprevalence in pregnant women and their male partners from six indigenous populations of the Peruvian Amazon Basin, 2007-2008* (International Society for Infectious Diseases), 2008.

Fotografía: SNU

Asimismo, los estudios disponibles coinciden en señalar que la prevalencia en varones es mayor que en las mujeres, y que la mayoría de casos de VIH identificados corresponden a varones que admitieron haber sostenido relaciones sexuales con otro hombre.[110] Lo anterior sugiere la presencia de un perfil epidémico concentrado en grupos clave (particularmente en hombres que tienen sexo con hombres) en los grupos indígenas amazónicos, tal como ocurre con la población general del país, aunque el impacto del VIH en esta población podría ser muy grande debido a su pequeño número, barreras culturales y lingüísticas que enfrentan en el acceso a los servicios, contacto cada vez más frecuente con las zonas urbanas y características inmunológicas.

Es particularmente importante entender la prevalencia del VIH en la **población clave**[111]. Por el tipo de epidemia del VIH que presenta el Perú, un HSH tiene 33 veces más probabilidades de adquirir el VIH que una persona de la población general. La vigilancia epidemiológica de 2011 nos muestra un repunte del VIH y de las ITS en los segmentos más jóvenes y en las personas transgénero; esta tendencia es contraria a la observada en la población general, donde el perfil de la epidemia se ha estabilizado y los casos están ahora más en los adultos que en los más jóvenes. Sin embargo, la población transgénero, HSH y, en cierta medida, también los/as trabajadores/as sexuales (TS), son poblaciones que presentan las mayores prevalencias de VIH, y han sido tradicionalmente violentadas, discriminadas y estigmatizadas en el país, como se evidencia en diferentes reportes disponibles de la Defensoría del Pueblo[112] y de la sociedad civil[113,114], lo que configura importantes barreras para su acceso a los servicios de prevención, atención, tratamiento y apoyo frente al VIH e incrementa su vulnerabilidad frente a la epidemia. Los diferentes estudios de vigilancia realizados por el MINSA en HSH abordables[115] muestran sistemáticamente prevalencias por encima del 10% a lo largo de los años.

Por otra parte, en el Perú a 2011, se estimaba alrededor de 3 200 niños menores de 14 años viviendo con VIH.[116] En general, hay escasa información sobre la situación de los niños que viven con VIH. Un estudio sobre las percepciones de la necesidad de atención médica integral para las familias que viven con VIH/sida realizado en Lima, Ica e Iquitos, encontró que en 160 familias identificadas, 63 niños estaban en la edad escolar (15 de ellos vivían con el VIH y 48 no tenían diagnóstico de VIH). Con respecto a su asistencia a la escuela, 93% de niños sin diagnóstico de VIH estaban matriculados, frente a 70% de los que vivían con el VIH. Cuando se preguntó sobre las razones que tenían los niños con VIH para no asistir al colegio, mencionaron: la necesidad de trabajar, razones económicas, el temor a ser discriminados, y problemas de salud. [117]

[110] Idem supra. Ver también: EC Bartlett, C. Zavaleta, C. Fernandez, H. Razuri, S. Vilcarromero, SH. Vermund, y E. Gotuzzo, *Expansion of HIV and syphilis into the Peruvian Amazon: a survey of four communities of an indigenous Amazonian ethnic group,* 2012; y C. Zavaleta, C. Fernández, K. Konda, Y. Valderrama, SH. Vermund y E. Gotuzzo, *High prevalence of HIV and syphilis in a remote native community of the Peruvian Amazon,* 2007.

[111] De acuerdo a la terminología de ONUSIDA (Onusida, 2011) y a la Declaración Política sobre el VIH/sida 2011 de las Naciones Unidas, la población clave incluye las poblaciones que presentan las mayores prevalencias de VIH (hombres que tienen sexo con hombres, personas que se dedican al trabajo sexual, usuarios de drogas inyectables) y las personas que viven con VIH.

[112] Defensoría del Pueblo, *Informe Nro. 005-2009-DP-ADHDP* (Lima: Defensoría del Pueblo), 2009.

[113] Martín Jaime Balero (relator), *Informe Anual sobre Derechos Humanos de personas trans, lesbianas, gays y bisexuales en el Perú 2010* (Lima: Promsex), 2010.

[114] Ximena Salazar et al, *Las personas trans y la epidemia del VIH/sida en el Perú: aspectos sociales y epidemiológicos* (Lima: IESSDEH, UPCH, ONUSIDA y AMFAR), 2010.

[115] Los datos presentados no permiten realizar una inferencia. Es necesario un modelamiento matemático ya que los datos no son comparables porque los criterios de inclusión y las metodologías fueron diferentes.

[116] Unaids, *Global Report on the Global Aids Epidemic* (Geneva: Unaids), 2012.

[117] Consorcio Miradas y Voces, *Estudio sobre la percepción de las necesidades de atención en familias viviendo con el VIH y sida. Proyecto Cerrando Brechas: Hacia el logro de los objetivos del Milenio en TB y VIH. FM,* 2007.

TABLA N° 11

Prevalencia de VIH en HSH y trans femeninas. Perú 2000 – 2011

Indicador	VC2000*	VC2002*	VC2002**	VC2006**	VC2006/ 2007****	VC2008/ 2009****	VC2011**
Prevalencia VIH en HSH abordables %	10.48	13.9	22.3	11.1	10.8	10.5	12.4
< 25 a	-	-	12.5	7.7	7.4	-	10.5
> 25 a	-	-	30.4	14.4	13.7	-	13.6
Prevalencia Lima	19.75	22.31	-	-	-	-	12.4***
Prevalencia Iquitos	13.48	11.56	-	-	-	-	5.0***
Prevalencia VIH en HSH TS%	-	-	29.2	4.05	-	-	14.6
< 25 a	-	-	23.9	2.9	-	-	13.6
> 25 a	-	-	34.1	6.1	-	-	15.,3
Incidencia infección VIH HSH abordables	-	5.1	8.3	3.1	-	-	5.2
< 25 a	-	-	6.2	-	-	-	9.6
> 25 a	-	-	9.8	-	-	-	4.8
Incidencia Lima	-	8.3	-	-	-	-	5.2***
Incidencia Iquitos	-	6.8	-	-	-	-	2.39***
ITS y VIH en trans femeninas							
Prevalencia VIH	-	-	-	-	-	29.6*****	20.8
Incidencia VIH	-	-	-	-	-	-	9.07
Herpes genital	-	-	-	-	-	79.4*****	-
Sífilis	-	-	-	-	-	22.9*****	36.2
Sífilis reciente	-	-	-	-	-	4.8*****	14.2

**Fuente: DGE MINSA, Impacta, Destacamento Centro de Investigaciones Médicas de la Marina de los EEUU y Universidad de Washington, Vigilancia HSH 2000-2003.*

***Fuente: Estudio de Vigilancia Epidemiológica de ITS y VIH en Hombres que Tienen Sexo con Hombres Comparando las Metodologías de Reclutamiento Muestreo por Conveniencia, Muestreo por Tiempo y Espacio y el Muestreo Dirigido por Participantes. FM – noviembre 2011.*

****Fuente: Silva Santisteban, A. Análisis Epidemiológico. Formulación del nuevo PEM de Prevención y Control de VIH-SIDA. 2011.*

*****Fuente: Vigilancia centinela DGE-IMPACTA 2011: Sánchez JL, Peinado JE, Lama JR. ET AL (2011).*

META 6B: LOGRAR EL ACCESO UNIVERSAL AL TRATAMIENTO DEL VIH/SIDA PARA TODAS LAS PERSONAS QUE LO NECESITEN

Tendencias nacionales de avance. Los antirretrovirales (ARV) buscan prolongar la esperanza de vida y la calidad de vida de las personas que están infectadas con el VIH/SIDA. A partir del año 2004, ampliar el acceso al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) es uno de los objetivos principales del MINSA en el control del VIH/SIDA.

Considerando que casi la mitad de personas que viven con el VIH en el Perú desconocen su diagnóstico, la cobertura estimada de TARGA en el Perú en los reportes globales de progreso sobre el VIH/sida, se estima que fue 50% en 2008, 47% en 2009 y 60% en 2011.[118]

De acuerdo con el MINSA, en todas las regiones se ha implementado al menos un centro de atención integral, donde se brinda tratamiento permanente y gratuito. Es así que actualmente existen 79 establecimientos que brindan TARGA - 62 establecimientos del MINSA, 3 penales, 3 ONG y 11 establecimientos de segundo nivel MINSA. En Lima y Callao, ciudades que concentran la mayoría de casos (71%), existen 28 establecimientos que brindan TARGA, 24 en la zona metropolitana y 4 descentralizados en las ciudades de Huaral, Huacho, Barranca y Cañete. En Loreto, 5 establecimientos brindan TARGA, 4 de ellos ubicados en la ciudad de Iquitos y uno en Yurimaguas.

Por su parte, desde el año 2003 el Instituto Nacional de Salud (INS) realiza el monitoreo de CD4 y carga viral a todas las personas que se encuentran en terapia antirretroviral en el país, a través del Sistema Nacional de Laboratorios. Dicho Sistema está conformado por un Laboratorio Nacional y 10 laboratorios referenciales ubicados en Lambayeque, Lima Norte, Lima Ciudad, Ica, Tacna, Ayacucho, Junín, Madre de Dios, Ucayali e Iquitos.

RECUADRO 7

NUEVO CÁLCULO DEL ACCESO AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Fotografía: SNU

En el anterior informe nacional de cumplimiento de los ODM, el MINSA reportó un logro de 96% de personas accediendo a TARGA a fines del año 2008. Este dato representaba el total de personas que recibían el tratamiento en sus establecimientos de salud más las personas que se encontraban en lista de espera. En el último informe de progreso de la Declaración Política sobre VIH/SIDA del 2011, 92% de personas se encontraban recibiendo TARGA; este dato es de las personas con VIH que ingresaron a TARGA con recuento de linfocitos menor a 200 CD4[119] , según la normativa vigente al momento del reporte, sobre el total de personas con VIH estimadas que necesitaban el tratamiento.

Sin embargo, para adecuarse a los estándares internacionales, se debe calcular la proporción de población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos ARV en base al estimado de todas las personas que requieren tratamiento antirretroviral[120], no sólo quienes han tenido acceso al sistema de salud. Esto arroja un acceso de 60% en 2011 en el país.

TABLA N° 12
Población VIH con infección avanzada con acceso a TARGA. Perú 2002 - 2010

% población VIH identificada con infección avanzada con acceso TARGA	2005	2004	2007	2008	2010	2011
Total	31.0	25.0	94.0	85.8	73.1	92.7
% 15 a más años	-	-	-	-	-	97.1
% menores 15 años	-	-	-	-	-	30.3

Fuente: Ministerio de Salud, Informes Nacionales de Progreso sobre el VIH/SIDA 2006, 2008, 2010 y 2012.

Asimismo, desde 2007 se realiza en el Perú la prueba PCR ADN cualitativo para diagnóstico temprano de VIH en niños expuestos (es decir, diagnóstico antes de los 18 meses) y, en el año 2008, empezó a realizarse también en el país la prueba de genotipificación, para determinar el perfil de resistencia a los ARV en las personas que presentan fracasos al tratamiento antirretroviral (ie. un fracaso en el caso de los niños y dos fracasos con más de 1000 copias de carga viral en el caso de los adultos). [121]

En lo que respecta al financiamiento del tratamiento antirretroviral en el Perú, cabe resaltar que, desde el año 2006, el Estado Peruano asume el costo de los medicamentos antiretrovirales, siendo actualmente totalmente gratuito.

Persisten desigualdades en el acceso al tratamiento. Se enfrentan importantes desigualdades en el acceso de ciertos grupos poblacionales–en especial aquéllos afectados por la pobreza y pobreza extrema—a los servicios de prevención, atención, tratamiento y apoyo.

El costo de medicamentos en el Perú es uno de los más altos de Latinoamérica y el Caribe, a pesar de los importantes avances dados en la implementación de mecanismos de compra corporativa, la exoneración de impuestos para los ARV, así como la emisión de normas legales destinadas a asegurar su financiamiento. Asimismo, el gasto en VIH realizado por los hogares se ha mantenido constante entre 2005 y 2010, a pesar de la reducción del gasto de tratamiento, asumido por el Gobierno Nacional. Esto se debe a que la atención de las infecciones oportunistas y el manejo de las reacciones adversas aún no son cubiertas por el Sistema Nacional de Salud, sino principalmente con recursos provenientes del Fondo Mundial de Lucha contra el sida, tuberculosis y malaria y de los mismos pacientes. [122]

Los adolescentes y jóvenes continúan siendo los más afectados por el VIH, y las llamadas poblaciones clave siguen sufriendo las consecuencias de las elevadas tasas de prevalencia del VIH y del estigma y discriminación, que no sólo les representan barreras para el acceso a los servicios de prevención y atención, sino que los exponen de manera preocupante a formas extremas de violencia de género como son los crímenes de odio por orientación sexual.[123]

Por otro lado, la pobreza, si bien ha disminuido significativamente en los últimos años, continúa siendo una variable muy importante para determinar las condiciones de vida y acceso a condiciones sanitarias adecuadas para la población, más aún en el contexto de un proceso de descentralización aún perfectible y no culminado. De allí el fuerte impacto que, según se aprecia en este reporte, tiene el VIH (como la malaria y tuberculosis) sobre la población ubicada en el quintil inferior de riqueza, en los niños y en las mujeres. ●

[118] OMS, ONUSIDA y Dirección Nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud del Perú. "Estimaciones y proyecciones del sistema Spectrum al año 2011."

[119] Norma Técnica vigente hasta Julio 2012.

[120] Desde el año 2010, los lineamientos internacionales de la OMS recomiendan el ingreso a tratamiento desde que el paciente presenta valores de 350 CD4. El Perú adoptó esta recomendación en julio de 2012.

[121] A. Valverde, "La infección por el VIH y el Laboratorio, "en: *Centro Nacional de Salud Publica Laboratorio de Referencia Nacional de ETS y VIH/SIDA*, (2009).

[122] María del Carmen Navarro, "Reporte de Medición del Gasto en sida 2008-2010," en: *Dirección General de Planificación y Presupuesto, Ministerio de Salud, ONUSIDA*. 2010.

[123] *Informe Anual sobre Derechos Humanos de personas trans, lesbianas, gays y bisexuales en el Perú 2010* (Lima: Promsex), 2010.

META 6C: HABER DETENIDO Y COMENZADO A REDUCIR, PARA EL AÑO 2015, LA INCIDENCIA DE LA MALARIA Y OTRAS ENFERMEDADES

Tendencias nacionales de avance frente a la malaria. La malaria o paludismo es una infección parasitaria considerada como el mayor problema de salud pública en el mundo, y su control es uno de los mayores retos en salud de los países en vías de desarrollo. En el Perú, la malaria es una enfermedad endémica con picos epidémicos periódicos, y tiene un patrón cíclico y estacional. El 75% del territorio nacional, donde vive 35% de la población, es considerado como zona de riesgo.

Existen tres zonas definidas de transmisión: costa norte, selva central y selva amazónica. A nivel de regiones, sin embargo, hay una clara concentración de la epidemia. Loreto notifica el mayor número casos de malaria: 45,6% de los casos de malaria *vivax* y 92.9% de los casos de malaria *falciparum* provienen de Loreto.[124]

Se ha realizado importantes logros en el control de la malaria. La mortalidad asociada a la malaria ha disminuido durante la última década hasta llegar a cero en los años 2010 y 2011. Asimismo, en los últimos años se ha producido una significativa disminución de la tasa de morbilidad. El sistema de vigilancia en el Perú mide la incidencia de la malaria a través del Índice Parasitario Anual – IPA, el Índice por *P. vivax* – IVA y el Índice por *P. falcíparum* – IFA.[125] Desde su re-emergencia a mediados de los años 90, la malaria presentó un leve pico epidémico en el año 2002 y otro más importante en el año 2005, para mostrar un descenso desde el año 2006. Para el año 2011 estos indicadores continúan bajos, con un IPA de 0.77, un IVA de 0.68 y un IFA de 0.09.

Los picos epidémicos en las últimas décadas tienen relación con la presencia del fenómeno El Niño (1997-1998 y 2003-2004)[126] y con la emergencia de la resistencia de la malaria por P. falciparum a los medicamentos antipalúdicos, hecho que determinó a una modificación en la política de medicamentos antipalúdicos a partir de recomendaciones de la OMS[127]. Paralelamente, se produjo un incremento del mosquito *Anopheles darlingi*, que transmite más rápidamente el *P. falciparum* a las personas debido a que el ser humano es su principal fuente de alimentación.[128]

Tendencias nacionales de avance frente a la tuberculosis. La tuberculosis es una enfermedad transmisible por vía aérea que es curable y, sobre todo, se puede prevenir. Según la OMS, la TB es una de las causas principales de mortalidad entre la población adulta del mundo. Tiene una fuerte asociación con la pobreza, y evidencia mayor prevalencia e incidencia donde las personas tienen menores recursos económicos.

En el Perú, las tasas de prevalencia de TB han venido disminuyendo en los últimos 20 años, de 198.6 por 100,000 habitantes en 1990 a 109.7 por 100,000 en 2011. Esta disminución fue mayor durante la década de los 90, cuando el porcentaje de disminución anual fue 6%, evidenciado en los análisis de indicadores de incidencia, mortalidad y la captación activa de sintomáticos respiratorios. Sin embargo, sigue siendo un problema de salud pública importante, con un comportamiento endémico y asociado a las condiciones de pobreza y subdesarrollo.

En las tasas de incidencia y prevalencia, que han tenido una tendencia decreciente, hubo picos de incremento en el año 1992 y entre los años 2004 y 2007. Este aumento se explica por la debilidad que existió en la captación de sintomáticos respiratorios en todas las regiones del país en los años anteriores a los picos, en que disminuyeron los casos de TB reportados. Entre las posibles explicaciones, se considera las limitadas capacidades y el desorden administrativo imperante, así como la alta tasa de rotación del personal.

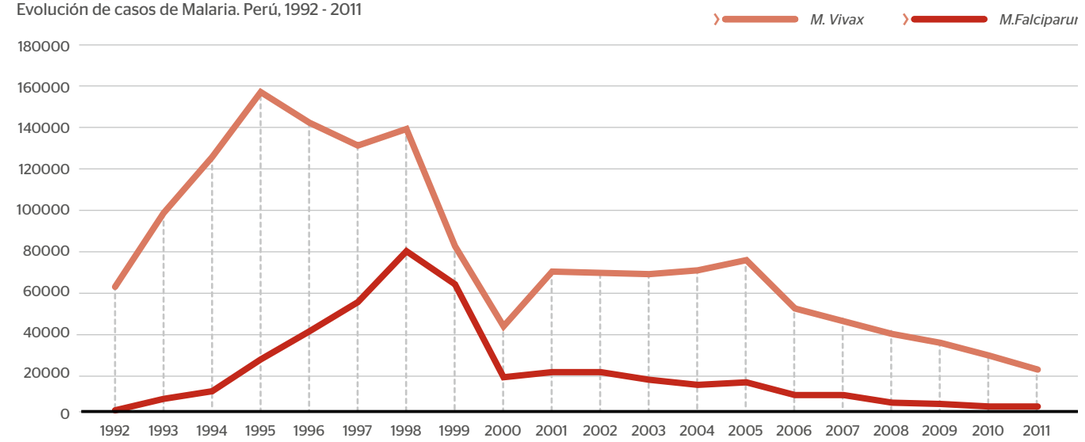
Desde 1986, la TB ha causado, en promedio, 3,000 muertes al año. La mayoría de ellas (90%) por TB pulmonar. La tasa de mortalidad se ha mantenido sin variación importante en los últimos años, con un leve incremento a 2.9 casos por 100,000 habitantes en 2011.[129] A pesar del avance en la capacidad colectiva e institucional para enfrentar la tuberculosis, continúa siendo una causa importante de hospitalización y mortalidad poblacional.[130]

Han aparecido en los últimos 15 años en el país formas resistentes y más agresivas de TB, como la TB multidrogoresistente-TB MDR y la TB extremadamente resistente-TB XDR, que están empeorando una situación que se avizoraba controlada hace algunos años y que han aumentado el riesgo de no poder controlar esta enfermedad.[131] En el caso de TB XDR, uno de los principales problemas en áreas con recursos limitados es la capacidad de evaluar rápidamente la resistencia a drogas de segunda línea. La co-infección por VIH y TB es otro factor de riesgo de aparición de formas resistentes de la enfermedad.

Según el MINSA, de todos los casos que se reportan, el 10% son casos de TB MDR. Pero, más grave aún, hasta diciembre de 2011 se había notificado 393 casos de TB XDR, enfermedad producida por cepas mutantes que se han hecho resistentes a drogas efectivas para curar a la TB MDR, lo que hace a estas altamente peligrosas y mortales. Ha habido una tendencia a descender desde el año 2009. Ello puede deberse a la universalización de las pruebas rápidas, lo cual permite un mejor resultado del tratamiento, facilitando la detección temprana de las cepas resistentes y el inicio oportuno de esquemas individualizados, y por tanto, disminuyendo el contagio. Para el caso de TB-XDR se evidencia un incremento sostenido de casos hasta el periodo 2008-2010 para luego incrementar en el año 2011.

La TB es una enfermedad altamente estigmatizada. Al respecto, la Evaluación Final del Programa de V Ronda encontró que todavía 44.7% de las personas rechazan la convivencia con un paciente con TB, y más aún con TB MDR, por el temor al contagio. Asimismo, todavía un 35% de trabajadores de

FIGURA N°1
Evolución de casos de Malaria. Perú, 1992 - 2011



Fuente: RENACE – DGE - MINSA

[124] Ministerio de Salud del Perú, Oficina General de Epidemiología, "Boletín epidemiológico," RENACE. SE 52 2011.

[125] El indicador recomendado por Naciones Unidas es la tasa de prevalencia asociada al paludismo (número de casos por 100.000). Se evidencia la misma tendencia que con los indicadores anteriores.

[126] César Ramal, Javier Vásquez, Jesús Magallanes, y Christiam Carey. "Variabilidad climática y transmisión de Malaria en Loreto, Perú: 1995-2007, "en: *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 26.1 (2009).

[127] Daniel Neyra, César Cabezas y Trenton K. Ruebush T. "El proceso de adecuación y cambio en la política del tratamiento de la malaria por *Plasmodium falcíparum* en el Perú, 1990-2001," en: *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 20.3 (2003).

[128] J. Aramburú, C. Ramal y R. Witzig, "Malaria Reemergence in the Peruvian Amazon Region," *Emerging Infectious Diseases* 5.2 (1999).

[129] Ministerio de Salud, *Informe Operacional ESNPCT 2009-2011* (Lima: MINSA), 2011.

[130] Luis F. Llanos-Zavalaga et al. "Tuberculosis y salud pública: ¿derechos individuales o derechos colectivos?" *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública.*

[131] Lalloo UG, "Drug-resistant tuberculosis: reality and potential threat," *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 14.3:(2010).

RECUADRO 8

TUBERCULOSIS Y VIH/SIDA

Fotografía: SNU

La tuberculosis es una de las principales causas de muerte de las personas que viven con VIH en el Perú. Según el Ministerio de Salud, un promedio de 2% de los pacientes con tuberculosis en el país viven con el VIH[132]. Entre los años 2006 y 2009, según estadísticas de la Unidad Técnica de TB MDR del Ministerio de Salud, la intensidad de búsqueda de VIH en pacientes con tuberculosis se elevó de 12.6% a un promedio de 70%[133]. En el año 2011,[134] sólo el 42.4% de los pacientes que presentaban co-infección TB-VIH recibieron tratamiento tanto para la TB como para el VIH (518 de 1221 pacientes), cifra que indica que una proporción importante de pacientes con co-infección TB-VIH no ha podido acceder al manejo terapéutico esperado.[135]

[132] Unidad Técnica de TB – MDR, Sala Situacional de Tuberculosis Febrero 2010 (Lima: ESN-PCT, Ministerio de Salud), 2010.

[133] Unidad Técnica de TB-MDR, Reporte TB Nº 002 – 2009. Tuberculosis y VIH (Lima: ESN-PCT), 2009.

[134] La ausencia de un sistema de registro de información coordinado y estandarizado entre las Estrategias Sanitarias Nacionales de VIH y de Tuberculosis no permite contar por el momento con esta misma información para los años anteriores.

[135] Ministerio de Salud, Informe nacional sobre los progresos realizados en el país en el marco de la Declaración Política sobre el VIH/sida. Período Enero 2010 – Diciembre 2011 (Lima: Ministerio de Salud, ONUSIDA), 2012.

salud tiene temor al contagio en el contexto hospitalario.

Desiguales retos frente a la malaria y tuberculosis. Tanto la malaria como la tuberculosis se concentran en algunas regiones del país. Esto es particularmente claro en el caso de Loreto, que aporta altos porcentajes del total casos de malaria en el Perú. Desde el año 2002, este porcentaje fue más del 50%, alcanzando un pico de 72.3% en el 2007.

No se reportan los casos de malaria por sexo, sin embargo, las funciones y relaciones de género influyen en el grado de exposición y también en el acceso y control de los recursos necesarios para proteger a la mujer y al hombre frente a la infección.[136] La inmunidad de la mujer se ve especialmente comprometida durante el embarazo, lo que hace que las mujeres embarazadas tengan mayores probabilidades de contraer la infección y significa una diferencia en la gravedad de las consecuencias.

El paludismo durante el embarazo es causa importante de mortalidad materna. Entre el año 2000 y 2003, el número de casos de malaria en mujeres gestantes aumentó, y luego hubo una disminución para permanecer constante en alrededor de 700 casos por año. Aunque no hay un tratamiento preventivo específico para esta población, las gestantes infectadas son identificadas y reportadas al personal de salud, quienes las monitorean.[137] Luego ellas reciben tratamiento de acuerdo a su condición y diagnóstico.

La incidencia de la tuberculosis también se concentra en algunas zonas del país. En la actualidad, alrededor de 60% de los casos de TB se concentran en Lima y Callao, sobre todo en los llamados "bolsones de TB": zonas con mayor pobreza como el Agustino, Ate, La Victoria, y San Juan de Lurigancho[138]. En el interior del país, las regiones con mayor tasa de incidencia son: Madre de Dios, Ucayali, Tacna, Loreto e Ica. Además, Lima y Callao reportan alrededor del 82% de casos de TB MDR y 93% de casos TB XDR. Los casos de TB en Lima y Callao están por encima del promedio nacional pero con una evolución decreciente en ambos casos, con leves incrementos en el 2007 en el caso de Lima y 2008 en el Callao. Loreto presenta también un incremento de casos en el año 2008. Como se evidencia en la Figura 2, Lima, Callao y Loreto tienen índices de morbilidad por encima del promedio nacional.

El grupo etario más afectado por la enfermedad está entre los 15 y 34 años. Los adultos mayores de 65 años son también un grupo particularmente afectado. En términos de género, en el Perú, tal como ocurre en la mayor parte del mundo, se ha observado una mortalidad mayor en los hombres con respecto a las mujeres diagnosticadas con tuberculosis. Entre 2001 y 2008, 62.5% de las muertes por TB correspondió a hombres.[139] Asimismo, las muertes por tuberculosis ocurren con más frecuencia entre los 15 y 34 años. La prevalencia de la infección es semejante en los niños y en las niñas.

Como es de esperar, la distribución geográfica de la mortalidad por TB muestra que la mayor cantidad de muertes ocurrió en Lima y Callao, representando 58% de las muertes por TB y 83% de las muertes por TB MDR del país. ●

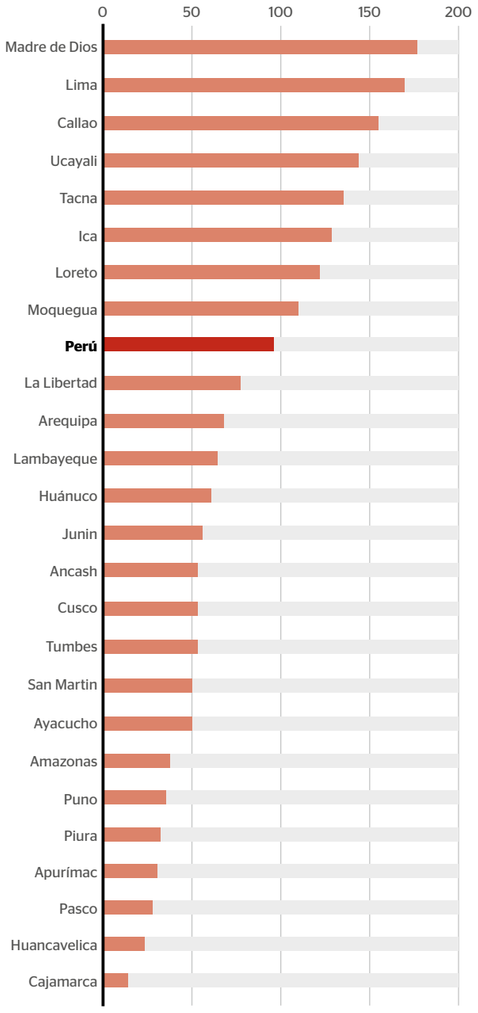
[136] Kvinnoforum and The Roll Back Malaria Partnership. "A guide to gender and malaria resources," 2008.

[137] F. Llanos y A. Cotrina, "Evaluación Multinacional Impacto en Salud del escalamiento en la Lucha contra el sida, la Tuberculosis y la Malaria; con referencia especial al Fondo Mundial," UPCH, Septiembre 2008.
Nótese que el reporte de cero casos de malaria durante 1998 y 1999 podría estar reflejando deficiencias en el registro de información antes que un patrón epidemiológico.

[138] MINSA, ESN PCT, "Situación de la Tuberculosis en el Perú. Informe de Gestión – 2008,"

[139] G. Vallenas, Análisis de la mortalidad por causas específicas: VIH-SIDA, Tuberculosis, causas maternas y accidentes de tránsito 2007 – 2008 (Lima: Ministerio de Salud), 2011.

FIGURA Nº 2
Áreas de riesgo de Tuberculosis. Perú, 2009



› *Fuente: Ministerio de Salud, Dirección General de la Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis (ESN-PCT).*

Fotografía Créditos: Enrique Román, OCR

Fotografías: SNU

*

DE ACUERDO CON EL MINSA, EN TODAS LAS REGIONES SE HA IMPLEMENTADO AL MENOS UN CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL, DONDE SE BRINDA TRATAMIENTO PERMANENTE Y GRATUITO. ES ASÍ QUE ACTUALMENTE EXISTEN 79 ESTABLECIMIENTOS QUE BRINDAN TARGA - 62 ESTABLECIMIENTOS DEL MINSA, 3 PENALES, 3 ONG Y 11 ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL MINSA.

Fotografía: Leslie Searles / UNFPA

FACTORES CLAVE PARA EL PROGRESO EN EL ODM 6

Entre los factores que han permitido avances frente a las tres epidemias relacionadas con el ODM 6, están diversas medidas adoptadas desde el Estado, frecuentemente en alianza con actores de la sociedad civil y la cooperación internacional.

Entre los factores clave desde el Estado figura la adopción del **presupuesto por resultados.** A partir de 2010, el Estado peruano, sobre la base de intervenciones exitosas, incorporó las actividades de las Estrategias Sanitarias Nacionales de TBC/VIH y enfermedades transmitidas por vectores como Programas Estratégicos, estableciéndose el Presupuesto por Resultados (PpR) para su implementación. Esto significó un incremento en la asignación promedio histórica presupuestal para la respuesta a estos daños desde el sector salud. Esto ha sido determinante para dar sostenibilidad a las acciones de prevención y control de la tuberculosis que se han venido implementando en los últimos años en el Sistema Nacional de Salud.

La **multisectorialidad** en las intervenciones ha sido otro factor positivo. En 2002 se conformó la Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud, CONAMUSA, como mesa consultiva y de coordinación entre organizaciones de la sociedad civil, de personas afectadas y entidades del Estado para temas de VIH, tuberculosis y malaria. En 2004 se oficializó la CONAMUSA mediante Decreto Supremo 007-2004-SA, atribuyéndosele como principal función la supervisión de los Programas del Fondo Mundial.

Sectores como Trabajo, Justicia, Educación, Defensa, Interior y la Defensoría del Pueblo han incorporado respuestas a las epidemias de VIH y tuberculosis en su accionar. En particular, los programas del Fondo Mundial impulsaron un amplio espectro de intervenciones de prevención y control del VIH; entre ellas, el tratamiento antirretroviral, el programa de prevención de la transmisión vertical, diversas iniciativas para frenar el estigma y la discriminación contra las personas que viven con VIH, espacios regionales de concertación multisectorial, entre muchas otras. Más recientemente, estos programas fueron determinantes en la institucionalización de la estrategia de pares en la mayoría de Centros Especializados de Referencia de ITS/VIH/SIDA (CERITSS) y Unidades de Atención Médica Periódica (UAMP) del Ministerio de Salud.

También relacionado con la mayor multisectorialidad, como parte de la estrategia de fortalecimiento de la rectoría del sector salud y potenciamiento de los aportes de todos los sectores a las respuestas nacionales al VIH, la TB y la malaria, se han formulado planes estratégicos multisectoriales que han permitido alinear las respuestas bajo una serie de objetivos consensuados. Entre 2007 y 2011, estuvo vigente el Plan Estratégico Multisectorial de Prevención y Control de las ITS y VIH (PEM), que abordaba esta problemática desde una perspectiva multisectorial. Durante el año 2012 se ha formulado un nuevo PEM bajo el liderazgo del Ministerio de Salud, el cual se espera

▶ 2010

EL ESTADO PERUANO INCORPORÓ LAS ACTIVIDADES DE LAS ESTRATEGIAS SANITARIAS NACIONALES DE TBC / VIH Y ENFERMEDADES METAXÉNICAS COMO PROGRAMAS ESTRATÉGICOS.

*** 7**

PROGRAMAS DE FORTALECIMIENTO DE LAS RESPUESTAS NACIONALES, CON MÁS DE CIEN MILLONES DE DÓLARES PROVENIENTES DEL FONDO MUNDIAL, AYUDARON A GENERAR DIVERSAS ESTRATEGIAS EXITOSAS DE INTERVENCIÓN.

[140] JL. Sebastián, et al, Un paso adelante en la lucha contra el sida: Los primeros dos años de acceso universal al tratamiento antirretroviral en el Perú (Lima: MINSA), 2006.

[141] Reporte del Perú al Sistema de seguimiento de las Cumbres de las Américas. 2011.

[142] Ministerio de Salud - PROYECTO VIGIA, Evaluación de la Resistencia del Plasmodium falcíparum a los antimaláricos en el Perú, (Lima: MINSA), 1999.

[143] D. Neyra, C. Cabezas, T. Ruebush, "El proceso de adecuación y cambio en la política del tratamiento de la malaria por Plasmodium falcíparum en el Perú, 1990-2001", en: Rev. Perú. med. exp. salud pública, vol.20, no.3, 2003.

[144] Ministerio de Salud - PROYECTO VIGIA, Sistema de Vigilancia de la Resistencia a medicamentos antimaláricos en el Perú (Lima: USAID), 2001.

sea lanzado oficialmente a inicios del año 2013. En 2010, se lanzó asimismo el PEM 2010-2019 para Tuberculosis.

Han sido determinantes los **programas del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis, el Sistema de las Naciones Unidas y otros aportes desde la cooperación internacional.** La implementación de siete programas de fortalecimiento de las respuestas nacionales, con más de cien millones de dólares provenientes del Fondo Mundial, ayudó a generar diversas estrategias exitosas de intervención a la vez que facilitó la coordinación y articulación del apoyo de otras entidades de cooperación internacional.

Prevención y tratamiento de VIH/SIDA.

En la última década se intensificaron las intervenciones y se produjo un importante incremento y mejora de la oferta de servicios para prevenir y reducir el impacto del VIH, tanto desde el sector salud como desde fuera del sector. El impulso recibido de parte de la cooperación internacional, especialmente de los programas del Fondo Mundial, fue muy importante para el avance logrado.

En 1996 se inició en el Perú el uso de ARV en gestantes, como parte de la política nacional de lucha contra el sida. En la década de 2000, la implementación del tratamiento con fármacos ARV en el Perú, bajo un programa de salud pública del Ministerio de Salud, implicó la adecuación de los sistemas de salud previos, así como la generación y el desarrollo de nuevos instrumentos gerenciales para administrar el programa. En febrero de 2004 se aprueba la Norma Técnica de TARGA en Adultos y marca el hito del principio de la era del TARGA en el Perú. En abril de 2004 empezó la evaluación de los pacientes de los hospitales de Lima y Callao, con pruebas de CD4 y Carga Viral, y el 13 de mayo del mismo año se inicia la provisión de TARGA. [140]

En cuanto al acceso al tratamiento del VIH, las estrategias desde el MINSA han incluido desde 2002, en el marco de las prestaciones del Seguro Integral de Salud (SIS), la responsabilidad de dar tratamiento antirretroviral a los niños infectados por VIH/SIDA de 0 a 17 años. [141]

Avances frente a la malaria y tuberculosis.

Entre los componentes programáticos que jugaron un rol catalizador en la prevención y control de malaria y tuberculosis en el país se encuentran estrategias implementadas desde el Ministerio de Salud.

En malaria, ha sido positiva la adopción de nuevas combinaciones terapéuticas basadas en artemisinina en el tratamiento de *P. falciparum* para enfrentar la resistencia a esquemas terapéuticos utilizados previamente, documentada a través de estudios llevados a cabo desde 1996 hasta 2000[142,143], en las zonas endémicas de la cuenca amazónica y de la costa norte. Estos conllevaron a una modificación en el tratamiento con medicinas de primera línea, a partir de recomendaciones OMS.

Por otra parte, en 1999 se actualizó la Norma Nacional para la Prevención y Control de la Malaria en el Perú, así como se aprobó la nueva Política Nacional de Medicamentos Antipalúdicos para el Control de la Malaria. Con estos cambios en la política de medicamentos antipalúdicos, el Perú se convirtió en el primer país en América Latina en implementar una terapia de combinación antipalúdica utilizando Sulfadoxina Pirimetamina/Artesunato y Mefloquina/Artesunato para el tratamiento de infecciones por *P. falcíparum*; siendo el primer país en el mundo que adoptaba dos esquemas de terapia de combinación simultáneos en uso, como primera línea de tratamiento antipalúdico para distintas regiones en el territorio nacional. [144]

Adicionalmente, la introducción de mosquiteros impregnados de insecticida de

Fotografía: Leslie Searles / UNFPA

larga duración, como estrategia altamente efectivas y poco costosa está permitiendo controlar la transmisión de la malaria y un mayor involucramiento por parte de la población en el control de la enfermedad. Entre otras medidas positivas también está la utilización de pruebas rápidas[145] que ha facilitado el diagnostico precoz y el tratamiento oportuno, pilares para el control de la malaria. Finalmente, la participación comunitaria es un elemento central necesario para la sostenibilidad de las acciones de malaria y, en tal sentido, la red de promotores se ha constituido desde hace varios años en un apoyo vital para los servicios, en especial en zonas con poca accesibilidad geográfica.

Los avances frente a la malaria también han sido facilitados por el crecimiento de la economía y reducción de la pobreza monetaria, complementando a iniciativas nacionales exitosas en la prevención y control de la malaria, y al financiamiento del Fondo Mundial para la Iniciativa Regional iniciada en 2005.[146]

En tuberculosis, además del impacto de las mejoras económicas, ha destacado entre las medidas desde el Estado la mejora en el desempeño de los servicios de salud con respecto a la captación de sintomáticos respiratorios; la extensión de la red de laboratorios, en especial a las pruebas rápidas y a las pruebas de sensibilidad, que ha favorecido el diagnóstico de TB MDR y TB XDR; y la implementación de un plan de capacitación de recursos humanos que ha motivado y reforzado la mística que debe caracterizar al personal que trabaja en el área de tuberculosis. ●

[145] Optimal ® en 2000-2001, ParaSight-F ® en 2004-2005, ICT Now ® en el 2001 y Parascreen ® a partir del 2005, con el Proyecto PAMAFRO.

[146] Luis F. Llanos-Zavalaga et al. "Tuberculosis y salud pública: ¿derechos individuales o derechos colectivos?" Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica.

PRINCIPALES BARRERAS
PARA EL ODM 6

En primer lugar, para el avance en los indicadores del ODM 6 han existido **barreras relacionadas con los usos y costumbres de la población** y sobre todo, con la pobreza. En la lucha contra el VIH/SIDA, destaca la persistencia de estigma y discriminación en el entorno social de las poblaciones clave y personas viviendo con sida (PVVS), que vulnera sus derechos y dificulta su acceso al sistema de salud, a otros servicios públicos y a la mejora de la calidad de vida en general. Todo ello contribuye a mantener las inequidades en el país. Al mismo tiempo, existen importantes barreras legales para que los adolescentes accedan a los servicios de salud sexual y reproductiva y a la prevención de ITS y VIH, como la ley General de Salud, que condiciona la provisión de servicios de salud a los adolescentes siempre que se encuentren acompañados de su padre o tutor.

También persisten condiciones y costumbres arraigadas en la población que impiden tomar medidas efectivas de protección a nivel personal y familiar contra la malaria. Entre estas condiciones, las malas condiciones de vivienda, falta de drenaje apropiado del agua de superficie y el uso de reservorios de agua desprotegidos, que aumentan el contacto del vector con los seres humanos y además contribuyen a la reproducción del vector. Ello, unido a la poca cobertura de programas de saneamiento básico en las zonas de riesgo, ha dificultado el control vectorial. La migración es un fenómeno que contribuye al resurgimiento de la malaria en zonas antes controladas. Requiere una estrategia de trabajo especialmente diseñada para prevenir y controlar la malaria cuando las poblaciones son, en parte o enteramente, móviles.

En tuberculosis, destacan como barreras los determinantes sociales asociados a la pobreza y estilos de vida inadecuados, que dificultan el control de la enfermedad, especialmente en zonas con mayor densidad poblacional (como Lima, que presenta la mayor carga de morbilidad).

Otras barreras se vienen configurando desde **factores ambientales**, cuyo control representa nuevos retos al país. Por ejemplo, la aparición de resistencia a los insecticidas en los zancudos que transmiten la malaria. Asimismo, elementos relacionados con cambio el climático han impactado negativamente en el incremento de la morbilidad de la malaria debido a que los agentes de infección y sus organismos transmisores son sensibles a la temperatura, agua, humedad en general y del suelo en particular. Por ello, se requiere una política integral frente al cambio climático que facilite el adecuado abordaje de la malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores.

Entre las **barreras específicas en el tema de VIH/SIDA**, diversos reportes indican la existencia de rupturas periódicas en la disponibilidad de insumos, pruebas y reactivos para el tamizaje y la prevención del VIH y las ITS, así como una infraestructura inadecuada para el desarrollo de actividades en algunos servicios de TARGA, CERITS y UAMP. Si bien la vigilancia epidemiológica ha brindado información que ha permitido mejorar la implementación de las estrategias de intervención y movilizar recursos del Fondo Mundial, existe la necesidad de realizar nuevas vigilancias con trabajadoras sexuales y población privada de la libertad (cuya última información disponible data de fines de los años 90 hasta 2002), adecuar la metodología y dar sostenibilidad a los estudios transversales de vigilancia con HSH e integrar a la población transgénero a la vigilancia periódica.

Asimismo, los estudios disponibles evidencian que la inversión estatal en prevención y promoción no es suficiente aún, especialmente en lo que respecta a las poblaciones clave en VIH y otras poblaciones vulnerables, como las poblaciones indígenas, las mujeres y los niños.

Con respecto a las otras dos epidemias, cabe mencionar como barreras específicas que, en malaria, la estructura organizativa y funcional de los laboratorios no es suficiente aún para asegurar el diagnóstico y tratamiento oportuno.

En tuberculosis, mientras tanto, los procesos de toma de decisiones sobre cambio de esquema de tratamiento cuando se presenta resistencia así como no contar con suficientes pruebas de sensibilidad, producen todavía algunos retrasos en el cambio de esquemas y, con ello, un incremento en el riesgo de contagio.

Como parte de las **barreras relacionadas con el sistema de salud,** destaca la aún insuficiente inversión (pese a los incrementos) en recursos humanos, tiempo dedicado y recursos financieros para el control de estos tres daños. En tal sentido, es urgente retomar la prevención y atención del VIH y la TB como prioridad en la agenda del sector salud. Asimismo, se ha debido enfrentar el debilitamiento del sistema sanitario debido a reformas no culminadas en el sector salud y la falta de recursos humanos adecuadamente preparados. Junto con los vacíos en el proceso de descentralización, han debilitado la rectoría de las Estrategias Sanitarias Nacionales.

Asimismo, los perfiles ocupacionales del personal asignado a VIH, malaria y tuberculosis no incluyen, en general, tareas integrales en el control de las enfermedades transmisibles, ni incentivos para la movilización a establecimientos de salud que trabajan en zonas con elevadas cargas de cada enfermedad, ni estabilidad laboral. Ello desalienta en el personal la adopción de estrategias más efectivas para el control de estos daños.

Los reportes de la Defensoría del Pueblo y de la sociedad civil sobre algunos casos de estigma y la discriminación desde el personal de salud hacia los pacientes de TB y de VIH, indican que esto continúa siendo una barrera importante. La existencia de casos de personal de salud que ha adquirido TB o VIH en el contexto hospitalario y situaciones de escasez de insumos para cumplir con las medidas de bioseguridad, acentúan el temor del personal. A ello se suma la alta rotación de los trabajadores de salud y ausencia de un programa de formación continua y cambio de actitudes para ellos.

El sistema de información rutinario en salud presenta algunas deficiencias que limitan el monitoreo de las intervenciones y la toma de decisiones basada en evidencias. Por ejemplo, ha habido un seguimiento no sistemático (en ocasiones inexistente) de indicadores internacionalmente recomendados para medir la eficacia de la respuesta de manera oportuna, confiable y con información desagregada por niveles de complejidad y grado de vulnerabilidad (como la pertenencia a un grupo indígena, el sexo, la orientación e identidad sexual, entre otros). Diversos diagnósticos realizados entre los años 2007 y 2010 a los sistemas de información de VIH, malaria y tuberculosis[147] , daban cuenta de la persistencia de sub registro de información, de la desarticulación de los sub sistemas que componen el Sistema Nacional de Salud y deben reportar a éste, de la escasez de recursos humanos con funciones dedicadas a la gestión de la información y de la ausencia de estrategias de control de calidad que alcancen a los establecimientos donde se generan los datos, lo que ha impactado en la calidad y completamiento de la información disponible.

También existen **barreras asociadas con otras políticas nacionales** que impactan en la efectividad de las respuestas nacionales al VIH, malaria y TB. Por ejemplo, el proceso de descentralización ha sido positivo para el país, pero se trata de un proceso que demanda cambios profundos en la sociedad peruana, encontrándose en proceso de construcción la gestión descentralizada de los servicios de salud y con algunas definiciones pendientes en el ejercicio de la rectoría en salud.

Por otra parte, la formulación, en el año 2010, de lineamientos de la Educación Sexual Integral en el Ministerio de Educación, constituyó un importante avance para una política de prevención de las ITS y el VIH a nivel estructural en el país. Sin embargo, aún está pendiente operacionalizar a nivel programático dichos lineamientos e incorporarlos en la malla curricular del sector, a fin de que sean implementados plenamente en las instituciones educativas. ●

* LA INVERSIÓN ESTATAL EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN NO ES SUFICIENTE AÚN, ESPECIALMENTE EN LO QUE RESPECTA A LAS POBLACIONES CLAVE EN VIH Y OTRAS POBLACIONES VULNERABLES, COMO LAS POBLACIONES INDÍGENAS, LAS MUJERES Y LOS NIÑOS.

[147] Ver por ejemplo: John Snow Inc, *Report for the Data Quality Audit for Peru HIV/AIDS (PER-506-G03-H & PER-607-G05-H), 2006* (Geneve: The Global Fund for Aids, Tuberculosis and Malaria), 2010. También: F. Llanos y C. Navarro, *Informe de sistematización del Taller Nacional de Monitoreo y Evaluación para los Programas de VIH, TB y Malaria* (Lima: Ministerio de Salud, CONAMUSA, CARE Perú), 2010.

DESAFÍOS PENDIENTES
PARA EL ODM 6

Para seguir avanzando en los indicadores nacionales es preciso abordar las importantes diferencias regionales en el abordaje de estas tres epidemias, así como también en cuanto al acceso de ciertos grupos poblacionales particularmente afectados por estos daños, en especial aquéllos afectados por la pobreza y pobreza extrema, a los servicios de prevención, atención, tratamiento y apoyo. Asimismo, se debe adaptar las intervenciones en salud a las necesidades de los pueblos indígenas y originarios, y proveer su acceso al sistema.

En el caso del VIH, los adolescentes y jóvenes continúan siendo los más afectados, y las llamadas poblaciones clave siguen sufriendo las consecuencias de las elevadas tasas de prevalencia del VIH y del estigma y discriminación, que no sólo les representan barreras para el acceso a los servicios de prevención y atención, sino que los está exponiendo de manera preocupante a formas extremas de violencia de género como son los crímenes de odio por orientación sexual.[148]

De otra parte, la pobreza, si bien se ha reducido significativamente en los últimos años, continúa siendo una variable muy importante para determinar las condiciones de vida y acceso a condiciones sanitarias adecuadas para la población. De allí el fuerte impacto que, según se aprecia en este capítulo, tienen los tres daños sobre la población ubicada en los menores niveles de ingresos, en los niños y en las mujeres. La situación de inequidad en el país vulnera el acceso de las mujeres, niñas y niños y personas en situación de pobreza extrema a la prevención y cuidados oportunos frente a estos daños.

En cuanto a los aspectos políticos, la descentralización iniciada en el año 2002 se viene realizando en un proceso con muchos vacíos normativos, procedimentales y presupuestales que no permiten definir claramente las responsabilidades y alcances de los diferentes niveles de Gobierno, lo que impacta en la capacidad de gestión del sistema de salud y en las posibilidades reales de realizar una coordinación efectiva entre los diferentes sectores. De no solucionarse estos problemas, el proceso puede más bien contribuir a ahondar las brechas existentes.

La reforma del sector salud es también un tema pendiente que es importante para poder cerrar las brechas. Desde fines de los años 90, se inició un proceso de transversalización de los programas que culminó en 2004 con el establecimiento de las actuales Estrategias Sanitarias Nacionales. Hasta la fecha sin embargo, no se ha logrado encontrar un modelo de atención integral que permita potenciar la eficacia de las intervenciones sanitarias para enfermedades complejas. La consolidación de un Sistema Nacional de Salud es otro tema pendiente. La desarticulación entre los sub-sistemas (MINSA, regiones/municipios, seguridad social, sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales, sector privado) no permite estandarizar intervenciones de calidad, ni incrementar la eficacia en el uso de los recursos, ni contar con un sistema de información sanitario sólido hasta la fecha.

Finalmente, un desafío emergente frente al VIH/SIDA es la reciente actualización de la Norma Técnica de Tratamiento Antirretroviral[149] (julio 2012) que, entre otras cosas, establece el ingreso más temprano a tratamiento y actualiza los esquemas de tratamiento. Probablemente reducirá las cifras de cobertura de tratamiento en el país, debido al incremento de la cantidad de personas que necesitarán tratamiento según las nuevas estimaciones. ●

[148] PROMSEX, Informe Anual Sobre Derechos Humanos de Personas Trans, Lesbianas, Gays y Bisexuales en el Perú 2010 (Lima: PROMSEX), 2010.

[149] Norma Técnica de Salud Nº 097-MINSA/DGSP-V.01 "NORMA TÉCNICA DE SALUD DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)", aprobada con Resolución Ministerial 607-2012/MINSA

Fotografía: Leslie Searles / UNFPA

LOS DESAFÍOS DEL ODM 6 A NIVEL REGIONAL: LA TRIPLE CARGA DE LORETO

El país ha tenido importantes avances en el control de las tres epidemias y la construcción de una respuesta nacional más coordinada y efectiva, que han llevado a mantener estable la epidemia del VIH en la población general y a reducir la mortalidad por TB y malaria. Estos logros, sin embargo, aún no se reflejan de manera uniforme en todas las regiones del país.

En Loreto, donde el 56% de la población vive en situación de pobreza y los logros educativos son bajos, existe una elevada carga de enfermedad tanto en VIH, como en tuberculosis y malaria. De hecho, Loreto es la región más afectada por la malaria en todo el país, aportando más del 90% de los casos afectados por P. Falciparum, la forma más agresiva de malaria. Las ENDES muestran asimismo el sistemático rezago de Loreto - tal como ocurre con la región amazónica en general, con el quintil inferior de riqueza y con el grupo de los adolescentes- en cuanto a acceso a la información sobre las ITS y el VIH, uso de anticonceptivos (incluyendo preservativos) y necesidades insatisfechas de planificación familiar.

Loreto, sin embargo, también se ha caracterizado en los últimos años por ser una de las regiones donde la respuesta multisectorial a estos tres daños ha sido muy dinámica, contando con el compromiso del Gobierno Regional, la Dirección Regional de Salud e importantes contribuciones de diferentes organizaciones de la sociedad civil. Alrededor de la COREMUSA Loreto, se han organizado tanto las autoridades regionales, como la sociedad civil y organizaciones de personas afectadas, para potenciar las intervenciones de los Programas del Fondo Mundial para VIH, TB y malaria y otras relacionadas. En este contexto, Loreto ha podido dar sostenibilidad a la estrategia de trabajo con pares iniciada por el MINSA y el Programa de VIH de Fondo Mundial en 2004, realizar campañas educativas sobre prevención del VIH, la tuberculosis y la malaria, reforzar el escalamiento del tratamiento antirretroviral y tratamiento anti TB y TB-MDR, y formar capacidades en el personal de salud y diversos grupos comunitarios.

Asimismo, Loreto ha sido una de las sedes de importantes investigaciones que buscan una cura o estrategias de prevención más efectivas para el VIH (profilaxis pre-exposición y vacunas). En malaria, intervenciones como la actualización y mejora de las estrategias de prevención de la malaria en las zonas endémicas y de alto riesgo (en un esfuerzo conjunto y coordinado con el Organismo Andino de Salud, el Fondo Mundial y USAID así como los enfoques participativos y de colaboración de los Proyectos AMI-Ravreda y PAMAFRO) probaron ser efectivos en el manejo farmacéutico, el control del vector, el diagnóstico, tratamiento, vigilancia y la calidad de las medicinas.

Se espera que el impacto de todas estas acciones empiece a verse finalmente en los próximos meses y años, siempre que se aborden también los temas estructurales de pobreza, desigualdad, estigma y discriminación. ●

* 90%

DE LOS CASOS AFECTADOS POR P. FALCIPARUM, LA FORMA MÁS AGRESIVA DE MALARÍA, EN TODO EL PAÍS SE DAN EN LA REGIÓN DE LORETO.

ODM 7

GARANTIZAR
LA SOSTENIBILIDAD
DEL MEDIO AMBIENTE

SITUACIÓN
DE UN VISTAZO

Con respecto a la meta de incorporación de los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales, e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente, el uso de energía por unidad de Producto Bruto Interno (PBI) en el país se encuentra en crecimiento pero es todavía relativamente bajo.

Al mismo tiempo, las emisiones de dióxido de carbono han venido aumentando y se considera que seguirán en aumento hacia 2015. Las emisiones de gases de efecto invernadero (GEI) han aumentado de manera proporcional con el PBI per cápita, y a 2011 fueron estimadas en 5.1 toneladas por habitante. En general, hay también una tendencia al incremento en las emisiones de sustancias agotadoras de la capa de ozono (SAO).

Una tendencia favorable es que el porcentaje de la población que utiliza combustibles sólidos disminuyó de 29.3% a 8% entre 2001 y 2011. Sin embargo, la proporción de hogares que eliminan la basura arrojándola a la calle o quemándola sigue siendo elevada, y la proporción del total de residuos dispuestos en rellenos sanitarios apenas alcanza al 26%. Sólo el 14.7 % es reciclado, y el 52 % es arrojado en botaderos o quemado.

Con respecto a la meta de reducir la pérdida de biodiversidad, alcanzando para el año 2010 una reducción significativa de la tasa de pérdida, la superficie de tierra cubierta por bosques registró, a 2009, una importante pérdida de bosque amazónico de 7.9 millones de hectáreas, estimándose la pérdida anual dese 1990 en 150 mil hectáreas. Sin embargo, la reducción en la proporción de superficie cubierta por bosques no aparece tan drástica: en 1990 era de 54.8 % y descendió a 53.1 % en 2010. Con respecto a las especies en peligro de extinción, actualmente existen 301 especies de fauna que están amenazadas, lo cual constituye el 3.3% del total, en tanto que 777 especies de flora se encuentran en igual situación, o 3.89% del total. En cuanto a las poblaciones de peces en el mar peruano y el impacto de la pesca, se ha registrado un declive gradual en la salud del ecosistema y el uso sostenible de sus recursos entre 2001 a 2010, según el Índice Trófico Marino.

Se ha avanzado significativamente en la meSe ha avanzado significativamente en la meta de reducir a la mitad el porcentaje de personas sin acceso sostenible al agua po→

table y a servicios básicos de saneamiento. El Plan Nacional de Saneamiento 2006-2015 prevé reducir en más de la mitad los porcentajes de personas sin agua potable y sin alcantarillado, que en 1993 ascendían a 41 y 51%, respectivamente; en 2015 alcanzarían 18 y 23%.

Entre 1993 y 2012, la población con acceso sostenible a fuentes mejoradas de abastecimiento de agua aumentó de 58.9 a 82.3%, y la que tiene acceso a servicios de saneamiento mejorados aumentó de 49 a 77.8%. Esto incluye mejoras sustantivas en el área rural, donde el mejor abastecimiento de agua se explica en buena medida sobre la base de intervenciones públicas como el Programa Nacional de Agua y Saneamiento Rural (PRONASAR) del Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento, entre otras. Asimismo, en años recientes se ha contado con el Plan Nacional de Saneamiento, 2006 -2015, como marco para el desarrollo coherente e integrado del sector.

En la última década también han mejorado las condiciones de vida de los habitantes de los asentamientos humanos y tugurios, ya que en 2011 el 51.7% de viviendas no presentaron carencias, comparado con 43.5% en 2001. Asimismo, 38.7% de las viviendas eran de baja calidad en 2011, una mejora frente al 45% una década atrás.

Fotografía: Antonio Escalante / Proyecto MST-Apurímac / MINAM / PNUD / GEF

El objetivo de garantizar la sostenibilidad del medio ambiente involucra cuatro metas, las cuales abordan temas diversos relacionados con bosques, emisiones de dióxido de carbono, biodiversidad, agua potable, saneamiento y vivienda, entre otros:

7A. Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente.

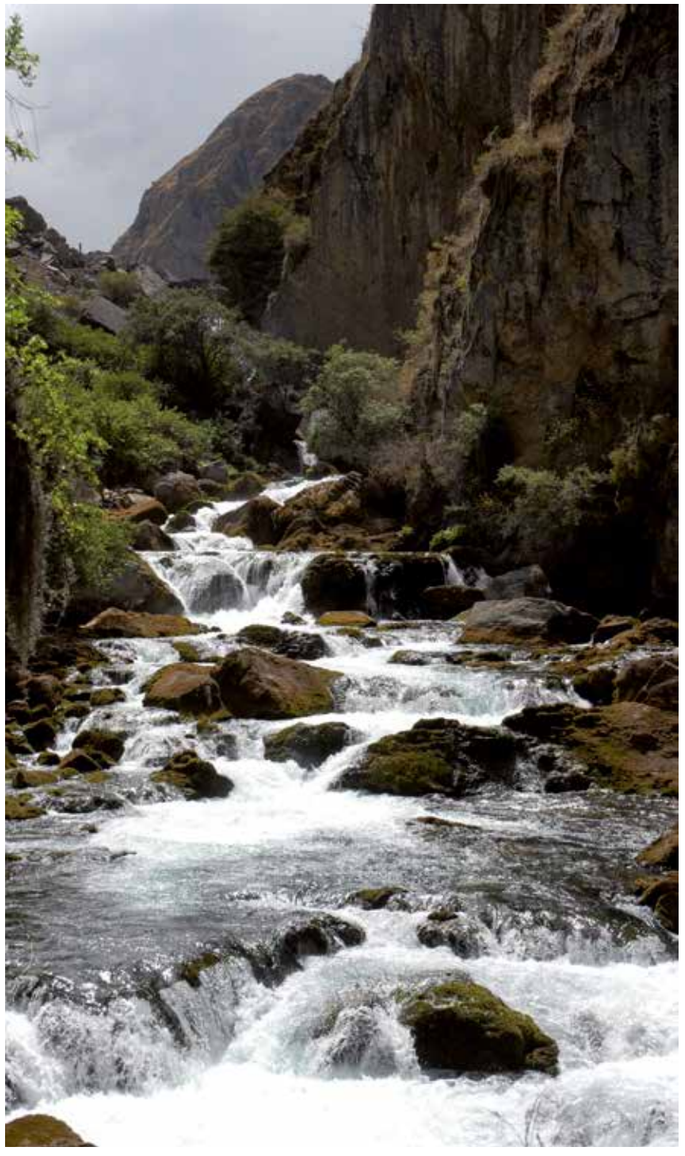
7B. Reducir la pérdida de biodiversidad, alcanzando, para el año 2010, una reducción significativa de la tasa de pérdida.

7C. Reducir a la mitad, para 2015, la proporción de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento.

7D. Haber mejorado considerablemente, en 2020, la vida de al menos 100 millones de habitantes de tugurios.

META 7A: INCORPORAR LOS PRINCIPIOS DEL DESARROLLO SOSTENIBLE EN LAS POLÍTICAS Y LOS PROGRAMAS NACIONALES E INVERTIR LA PÉRDIDA DE RECURSOS DEL MEDIO AMBIENTE

Fotografía: Aníbal Solimano



Tendencias nacionales de avance.

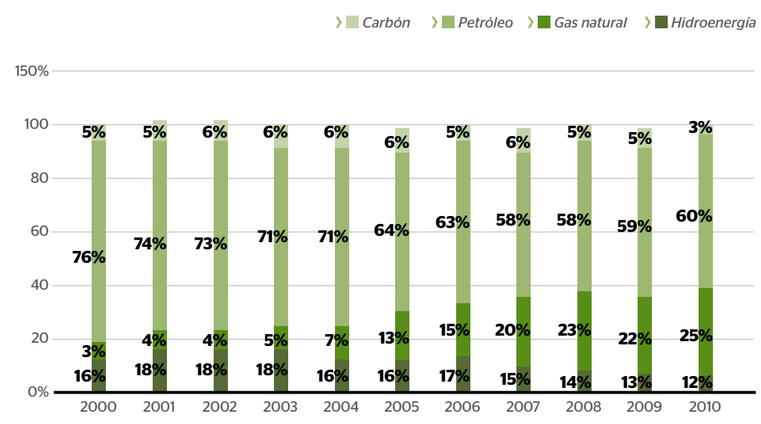
En términos de **uso de energía,** el Perú atraviesa un proceso de cambo de la matriz energética, teniendo una penetración ascendente del gas natural a partir de 2005. Asimismo se ha incrementado la generación de energías renovables. El **Gráfico N° 33** muestra la evolución de la matriz entre los años 2000 y 2010, donde la penetración del gas ha llegado a 25%; se espera que la tendencia sea a aumentar el consumo de gas en detrimento del petróleo, hasta alcanzar un 33 % para ambos.

A partir de 2008 se promueve en el Perú, el aprovechamiento en la generación de electricidad de los Recursos Energéticos Renovables (RER). El consumo per cápita de energía al 2010 es de 21,14 terajulios por mil habitantes (TJ/10^3hab.) que, comparado con otros países, es bajo; por ejemplo con Venezuela, cuyo consumo per cápita es aproximadamente 70 TJ/10^3hab., y Chile con aproximadamente 60TJ/10^3hab., en Sudamérica solamente superamos ligeramente a Bolivia[150]. Comparando la tendencia de crecimiento del PBI per cápita, la tendencia del consumo per cápita de energía por cada 1000 habitantes en general crece.

Las **emisiones de dióxido de carbono** en el Perú provienen principalmente de la deforestación y del cambio de uso del suelo, seguidas de la generación de energía. Las emisiones de gases de efecto invernadero (GEI) expresadas en dióxido de carbono (CO2) equivalente tienen una tendencia al crecimiento debido a ambas causas y también al desarrollo económico que el país tiene actualmente, que impulsa el mayor uso de energía y combustibles fósiles. El cambio de la matriz energética no ha contribuido a disminuir las emisiones. Las emisiones proyectadas al 2015, si no hay ningún cambio en favor de la mitigación, tenderán a aumentar.

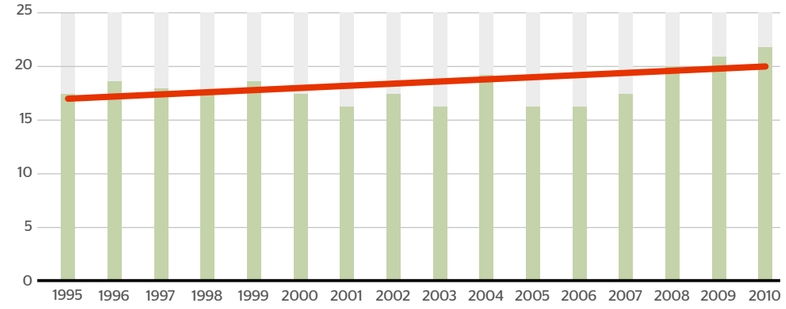
La distribución de las emisiones GEI por sectores, al 2000, muestra que las mayores emisiones se producen por el uso del

GRÁFICO Nº 33
Evolución de la matriz energética en el Perú 2000-2010



Fuente: Elaboración propia, datos: MINEM-PETROPERU

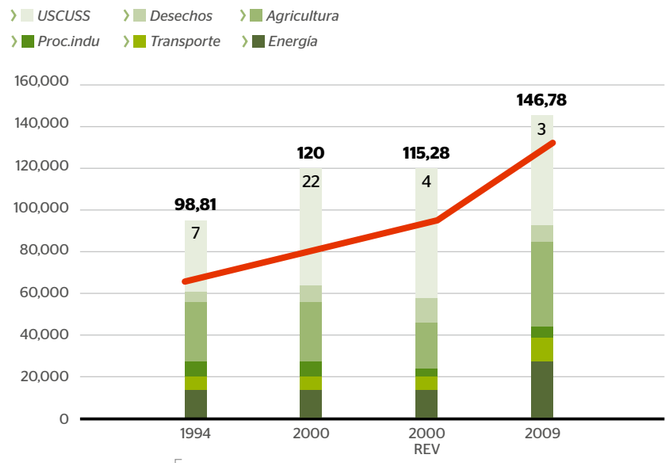
GRÁFICO Nº 34
Consumo de energía per-cápita / 1000 hab



Fuente: Elaboración propia, datos: Balance Nacional de Energía 2010.

[150] Ministerio de Energía y Minas, Balance Nacional de Energía 2010. Lima, 2010.

GRÁFICO Nº 35
Evolución de las emiciones GEI del Perú



USCUSS: Uso del suelo y cambio de uso del suelo

Inventario 1994 = 1ra Comunicación Nacional de Cambio Climático (1998)
Inventario 2000 = 2da Comunicación Nacional de Cambio Climático (2010)
Inventario 2000 Rev = Proyecto PLANCC (2012), revisión
Inventario 2009 = Proyecto PLANCC (2012)

Fuente: Ponencia INTERCLIMA 2012

suelo, cambio de uso del suelo y silvicultura (47.5%) seguido por las emisiones de energía (21.20%), agricultura (18.90%), procesos industriales (6.60%) y residuos (5.70%). El total de emisiones al año 2000 fue de 120 millones de Giga gramos de CO_2 equivalente, mientras que al 2009 aumentaron a 146.78 millones Gg. A 2011, las emisiones GEI per cápita fueron estimadas en 5.10 ton/hab. Entre los años 2000 y 2008 hubo una relación directa entre el aumento del PBI per cápita y las emisiones GEI per cápita, y en los años 2009 y 2010 una disminución de esta tendencia.

Con respecto a las **emisiones de sustancias agotadoras de la capa de ozono (SAO),** ya no se usa desde 2007 clorofluorcabono (CFC), de igual manera para 2011 y 2012, el HCFC-225ca y HCFC-225cb reportaron consumo cero y para el HCFC-142b se proyecta una tendencia a la baja en su consumo. Las emisiones estimadas de SAO para el 2012 teniendo en cuenta el peor escenario (que todo lo que se usa se libera al ambiente) serían de 39.70 toneladas.

Entre 2001 y 2011 se aprecia una tendencia descendente en el **porcentaje de hogares que usan combustibles sólidos** para cocinar, tanto a nivel de Lima Metropolitana, como del resto del país, del 29.3% al 8.3%, especialmente en la Sierra donde ha bajado de un 46% a 9% , en tanto que en la selva disminuye del 59.4% al 26.8% y en el resto de la costa del 10.8% al 3.4%. Se viene haciendo esfuerzos a todo nivel para hacer que las poblaciones más pobres dejen de usar combustibles sólidos y puedan utilizar gas licuado de petróleo o gas natural.

Es aún limitado el **porcentaje de residuos sólidos recolectados y dispuestos en rellenos sanitarios y botaderos controlados.** La disposición de los residuos sólidos municipales se realiza mayormente en botaderos. Sólo se dispone en rellenos sanitarios el 26%, se recicla el 14.7% y se vierte al ambiente el 59.3% del volumen de los residuos generados [151] (que son inadecuadamente dispuestos, sea en botaderos informales o quemados) Se cuenta con sólo 8 rellenos sanitarios para la disposición final, la mayoría ubicados en Lima. Frente a esta situación, el Ministerio de Economía y Finanzas ha creado un programa de incentivos para la mejora de la gestión de residuos sólidos en el país "Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal". La meta a 2021 es que el 100% de los residuos sólidos sea adecuadamente gestionado.

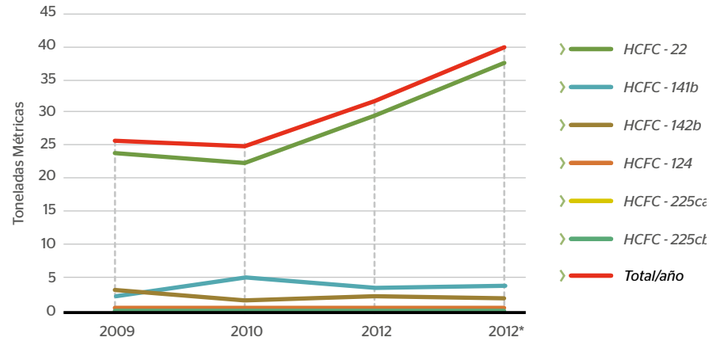
Con respecto a los **recursos hídricos utilizados,** la disponibilidad hídrica en la región hidro-geográfica del Pacífico equivale al 1.8% del total, la del Atlántico 97.25% y la del Lago Titicaca, 0.56%. La vertiente del Pacífico caracterizada por su aridez, es la más crítica del Perú ya que dispone de sólo 1.8% de los recursos hídricos y concentra el 70% de la población del país que produce 80.4% del PBI del país.

El 80% del agua superficial lo usa el sector agrícola, el 12% del agua tiene un uso poblacional, en tanto que el sector industrial usa el 6% y el sector minero el 2%. Cabe señalar que los cuerpos de agua natural (ríos, lagos, lagunas, mar) están siendo afectados debido al vertimiento de efluentes sin tratamiento, así como por la mala disposición de residuos sólidos y el uso de agroquímicos por la actividad agrícola. [152]

Un indicador que no está considerado en los ODM pero ha sido considerado clave a nivel nacional es la **calidad del aire.** Es importante reportar indicadores que muestren la calidad del aire, toda vez que la presencia de contaminantes del aire que provienen de diversas fuentes antropogénicas constituye en un riesgo para la salud de la población. La contaminación del aire en las principales ciudades del país es uno de los problemas ambientales percibido por la población. La fuente principal es el parque automotor. En Lima, donde se cuenta con estaciones de monitoreo permanente de la calidad del aire, de acuerdo a los resultados obtenidos por la DIGESA el principal contaminante es el *material particulado* menor a 2,5 micras ($PM_{2.5}$), habiendo sobrepasado en algunas estaciones el Estándar de Calidad Ambiental (promedio anual) en los años 2008, 2009, 2011 y 2012.

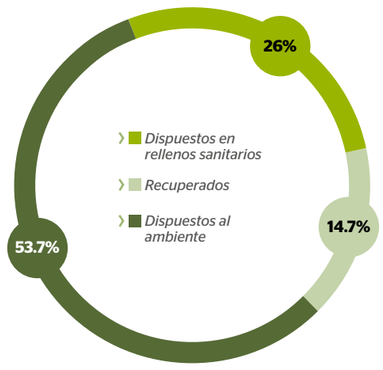
Algunas tendencias varían significativamente según regiones y sectores. En cuanto a los **residuos sólidos** recolectados y dispuestos en rellenos sanitarios y botaderos controlados, el Informe Nacional de Residuos Sólidos Municipales y no Municipales de 2009 sistematizó los datos encontrados a nivel de provincias y distritos de las tres regiones naturales. El distrito con una menor generación per cápita (GPC) de residuos sólidos (0.250 kg/habitante/día) es Salas (Ica), mientras que la mayor GPC (0.949 kg/habitante/día) la

GRÁFICO Nº 36
Emisiones de SAO a la atmósfera



Fuente: Elaboración propia, datos: Oficina Técnica de Ozono (OTO) – PRODUCE.

GRÁFICO Nº 37
Disposición de residuos sólidos 2011

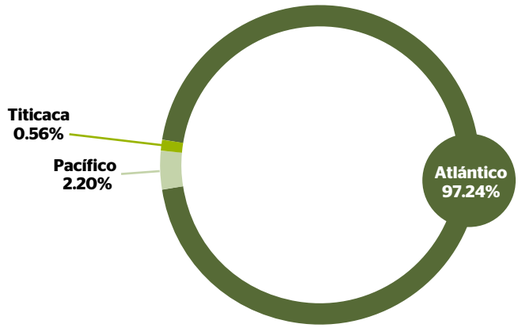


Fuente: Fuente: Elaboración propia, datos: "Cuarto Informe Nacional De Residuos Sólidos Municipales y No Municipales: Gestión 2010-2011".

[151] Ministerio de Ambiente, *"Cuarto Informe Nacional De Residuos Sólidos Municipales y No Municipales: Gestión 2010-2011"*, 2012.

[152] Ministerio de Ambiente, *Informe Nacional del Estado del Ambiente: 2009 – 2011*. Lima, 2012.

GRÁFICO Nº 38
Disponibilidad de agua por región hídrica



Fuente: Elaboración propia.

presenta el distrito de Magdalena del Mar (Lima). Los promedios regionales indican que en la selva existe una mayor tasa de generación promedio (0.571 kg/habitante/día). **El Gráfico N° 39** muestra la generación de residuos sólidos por regiones, se puede distinguir que Lima con la mayor población del país genera también la mayor cantidad de residuos.

Con el fin de evaluar la gestión municipal a nivel nacional, la Dirección General de Calidad Ambiental del MINAM administra el Sistema de Información para la Gestión de los Residuos Sólidos-SIGERSOL, en la que los municipios pueden ingresar datos de su gestión. Sin embargo, hay un número bastante bajo de municipios distritales que declaran al sistema: 14.2 %.

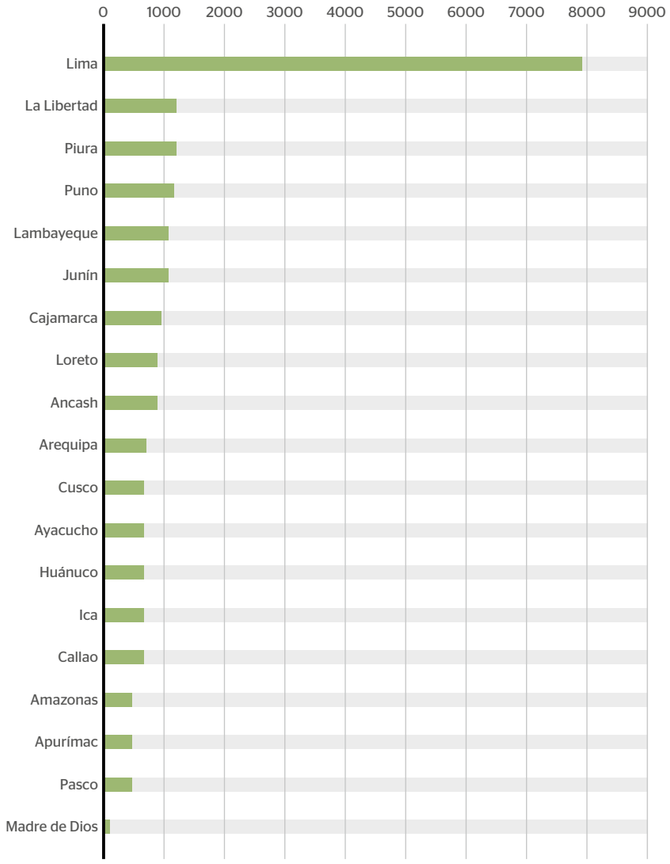
Ciertos departamentos se han distinguido como los de mayor descenso en el **uso de combustibles sólidos para cocinar.** Entre 2001 y 2011, estos han sido Cajamarca, Apurímac, Huánuco, Ancash, Piura, Junín y Cusco.

*
80%
DEL AGUA SUPERFICIAL DISPONIBLE EN EL PAÍS ES CONSUMIDA POR EL SECTOR AGRÍCOLA, EL 12% CORRESPONDE AL SECTOR POBLACIONAL, EL 6% EL INDUSTRIAL Y EL 2.9% EL SECTOR MINERO.

En cuanto a los **recursos hídricos utilizados,** el uso del agua está concentrado en ciertos sectores productivos. El consumo más importante en el ámbito nacional se da en el sector agrícola, pues usa el 80% del agua superficial, luego le sigue el poblacional que usa el 12%, el industrial el 6% y el sector minero usa el 2%[9, 152]. Asimismo, se debe resaltar que el aprovechamiento de los recursos hídricos para diversas actividades como generación de energía, agricultura, agua potable, industria entre otros, son los que generan mayor presión sobre la disponibilidad y la calidad del recurso hídrico (ANA, 2009), como se puede apreciar en la Tabla 13.

En cuanto a la **calidad del aire** y la contaminación por fuentes móviles, existe una relación directa entre el número de vehículos y la contaminación del aire. Según el Ministerio de Transportes y Comunicaciones, a nivel nacional durante el año 2009, el parque automotor fue de 60 vehículos por mil habitantes, incrementándose para el año 2011 a 66.5 vehículos por mil habitantes entre vehículos nuevos y usados, tal como se aprecia en los siguientes gráficos. Lima es el departamento que registró el mayor aumento con 126 vehículos por cada mil habitantes seguido de Tacna con 124 por cada mil habitantes[153].

GRÁFICO Nº 39
Generación de residuos sólidos 2009 (ton/día)



Fuente: Elaboración propia, datos: Informe Anual de Residuos Sólidos Municipales y no Municipales 2009

[153] Grupo de Trabajo Multisectorial: Preparación del Ministerio de Ambiente, Diagnóstico Ambiental del Perú. Lima, 2008.

[154] Sistema Nacional de Información Ambiental, Cifras Ambientales, (Lima: Ministerio de Ambiente), 2012.

TABLA N° 13

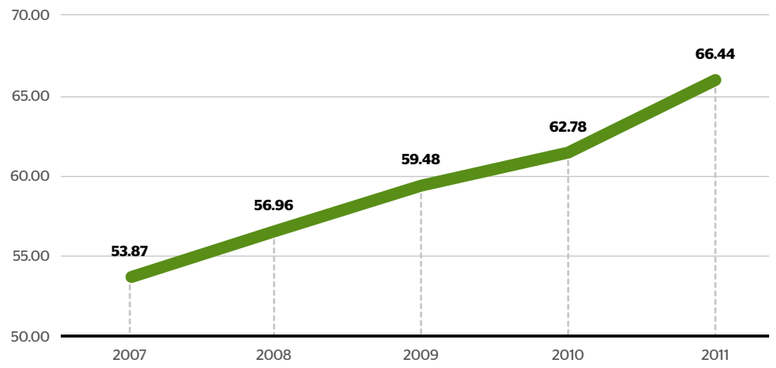
Usos de los Recursos Hídricos según fines a nivel nacional (período 2000/2001) en hm3/año
Año: 2009

Región Hidrográfica	Uso consultivo					Uso consultivo	
	Poblacional	Agrícola	Minero	Industrial	Total	Energético	Total
Pacífico	2 086	14 051	302	1 103	17 542	4 245	4 245
Atlántico	345	1 946	97	49	2 437	6 881	6 881
Titicaca	27	61	2	3	93	13	13
Total	**2 458**	**16 058**	**401**	**1 155**	**20 072**	**11 139**	**11 139**

› *Fuentes: Política y estrategia nacional de recursos hídricos del Perú - Comisión Técnica Multisectorial, 2009*

GRÁFICO Nº 40

Vehículos por mil habitantes a nivel nacional



› *Fuente: SUNARP (2012), INEI (2009B)*

Fotografía: Antonio Escalante / Proyecto MST-Apurímac / MINAM / PNUD / GEF

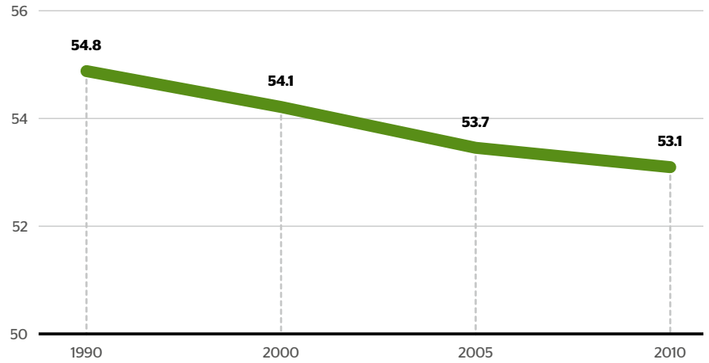
Fotografías: Kiko Castro Mendívil / PPD / PNUD / GEF

META 7B: REDUCIR LA PÉRDIDA DE BIODIVERSIDAD, ALCANZANDO, PARA EL AÑO 2010, UNA REDUCCIÓN SIGNIFICATIVA DE LA TASA DE PÉRDIDA

Tendencias nacionales de avance. Con respecto a la proporción de la superficie de tierra cubierta por bosques, el Perú posee cerca de 70 millones de hectáreas de bosques de diferentes tipos en todo el territorio nacional. Más del 90% de este total está constituido por los bosques amazónicos. A 2009 se registró una importante pérdida de bosque amazónico de 7,9 millones de hectáreas desde 1990. El MINAM considera que hay una pérdida anual de 150 mil hectáreas. Conforme se muestra en el **Gráfico N° 41**, la superficie cubierta ha ido disminuyendo todos los años, alcanzando en 2010 al 53.1 %, una disminución del 1,7% respecto del año 1990 que es equivalente a más de un millón de hectáreas. Al año 2010, existe 628, 360 hectáreas de bosques certificados, de las cuales 246 732 Ha son bosques manejados comunalmente.[159]

La razón de esta disminución es principalmente la deforestación por el cambio de uso del suelo para agricultura, junto a la explotación de recursos maderables, uso intensivo de madera como leña, y la explotación minera y de combustibles fósiles.

GRÁFICO Nº 41
Proporción de superficie cubierta por bosques 1990-2010[160]
(Porcentaje respecto al total de superficie del país)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y El Caribe –CEPAL. Anuario Estadístico de América Latina y El Caribe 1990, 2000, 2005 y 2010.

Para enfrentar el cambio climático, se ha planteado que el Perú de forma voluntaria contribuirá con la mitigación de GEI estableciendo una meta prioritaria de deforestación cero en 54 millones de hectáreas de bosque al año 2021, según el Programa Nacional de Conservación de Bosques para la Mitigación del Cambio Climático (2010).

Hay un descenso en la **proporción de poblaciones de peces que están dentro de los límites biológicos seguros.** Los niveles tróficos promedio de las capturas de especies marinas en el Perú vienen disminuyendo en el largo plazo, entre 1950 y 2008, por efecto de la pesquería. El Índice Trófico Marino[161] disminuyó con ratios de declive de 0.15. Similar tendencia puede observarse al analizar las toneladas métricas de recursos marítimos desembarcados durante la década del 2001 al 2010, en las excepto las especies pelágicas (atún, caballa, samesa y tiburón) y las demersales (ayanque, coco y tollo) que desde el 2004/2005 se incrementó la cantidad capturada, todas las otras especies de peces han disminuido en la cantidad extraída.

En términos de la **proporción de las áreas terrestres y marinas protegidas,** en 2010 las áreas naturales terrestres protegidas por el Estado constituían aproximadamente el 15.19% del territorio nacional y las áreas marino-costeras protegidas el 3%. Se ha dado en años recientes la normativa tendiente al logro de la ampliación de estas zonas para la reserva de territorio que preserve la riqueza natural del país. En términos absolutos, a octubre de 2012, la superficie terrestre protegida a nivel nacional es 21'715,299.03 hectáreas y la superficie marina protegida es 401,556.29 hectáreas, que albergan 147 áreas naturales protegidas de administración nacional, regional y privada, constituyendo el 16.9% de la superficie total del territorio.

Existe una significativa **proporción de especies en peligro de extinción.** Perú es uno de los diez países mega-diversos del mundo y donde existen amenazas y presiones que ponen a las especies de flora y fauna en peligro de extinción. El Ministerio de Agricultura en 2011 reportó que 301 especies de fauna están amenazadas, que constituye el 3.3% del total, en tanto que 777 especies de flora se encuentran en igual situación, número que representa el 3.89% del total. Las presiones se dan por la tala y comercio ilegal de especies forestales y el cambio de uso de suelo sin control; en tanto, que la captura y comercio ilegal causan el impacto mayor en la fauna silvestre.

La evolución de las tendencias es particularmente relevante para algunas regiones. En términos de deforestación, los departamentos de Amazonas, San Martín y Loreto las que sufrieron mayor deforestación, en términos absolutos, respecto de los otros departamentos. El **Gráfico N° 43** evidencia que en Piura se ha realizado la mayor deforestación relativa a su superficie departamental, mientras que en Loreto se percibe una deforestación relativamente mínima. ●

[159] Ministerio de Ambiente, "Plan Nacional de Acción Ambiental – PLANAA PERÚ 2011-2021", 2011.

[160] Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales Dirección Ejecutiva de Indicadores Sociales del INEI Perú: Evolución de los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio al 2010. Lima, 2012.

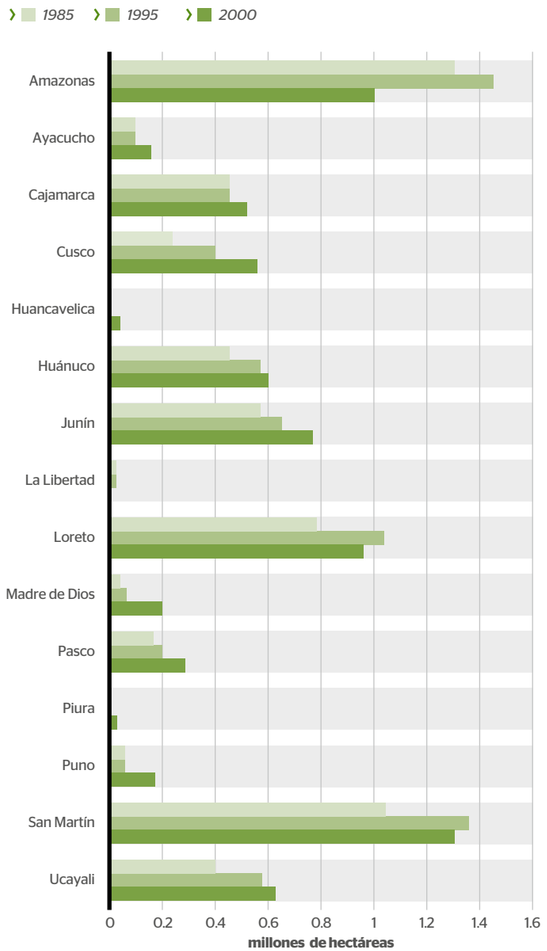
[161] Según A users' guide to biodiversity indicators, de la European Academies Science Advisory Council, el nivel trófico medio de los desembarcos de pesca, que constituye uno de los principales indicadores de la biodiversidad marina. El nivel trófico mide la posición de las especies en la cadena alimentaria, empezando desde los "productores" (i.e. fitoplancton, plantas) al nivel 0, pasando por los consumidores primarios que se alimentan de los productores primarios (Nivel 1) y por los consumidores secundarios que se alimentan de los consumidores primarios (Nivel 2), y así consecutivamente. En cuanto a los peces marinos, los niveles tróficos varían de dos a cinco (superpredadores).

*15.19%

DEL TERRITORIO NACIONAL SON ÁREAS NATURALES TERRESTRES PROTEGIDAS POR EL ESTADO Y EL 3% ESTÁN CONSIDERADAS ÁREAS MARINO-COSTERAS PROTEGIDAS.

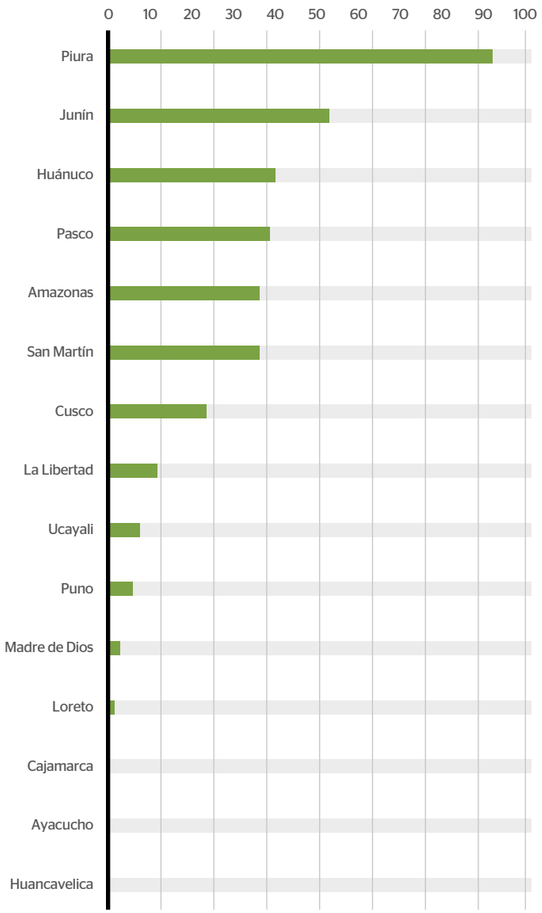
Fotografía: SNU

GRÁFICO Nº 42
Superficie total deforestada (Ha)



Fuente: Elaboración propia, datos: Ministerio de Agricultura.

GRÁFICO Nº 43
% de bosque deforestado al 2011



Fuente: Elaboración propia, datos: "Informe Nacional del Ambiente 2009-2011. MINAM 2012".

META 7C: REDUCIR A LA MITAD, PARA EL AÑO 2015, EL PORCENTAJE DE PERSONAS SIN ACCESO SOSTENIBLE AL AGUA POTABLE Y A SERVICIOS BÁSICOS DE SANEAMIENTO

El acceso a servicios mejorados de agua y saneamiento tiene implicaciones positivas en la consecución de indicadores favorables de nutrición, salud e inclusive de educación. Debido a ello, los esfuerzos conducentes al logro de esta meta son de importancia crucial para el país.

Tendencias nacionales de avance. Se ha avanzado significativamente en la meta de *reducir a la mitad el porcentaje de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento.* El Plan Nacional de Saneamiento 2006-2015 prevé reducir en más de la mitad los porcentajes de personas sin agua potable y sin alcantarillado, que en 1993 ascendían a 41 y 51%, respectivamente; en 2015 alcanzarían 18 y 23%.

Entre 1993 y 2012, la población con acceso sostenible a fuentes mejoradas de abastecimiento de agua aumentó de 58.9% a 82.3%, y la que tiene acceso a servicios de saneamiento mejorados aumentó de 49% a 77.8%. Esto incluye mejoras sustantivas en el área rural, donde el mejor abastecimiento de agua se explica en buena medida sobre la base de intervenciones públicas como el Programa Nacional de Agua y Saneamiento Rural (PRONASAR) del Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento, entre otras. Asimismo, en años recientes se ha contado con el Plan Nacional de Saneamiento, 2006 -2015, como marco para el desarrollo coherente e integrado del sector.

No obstante los avances, cabe resaltar que las metas revisadas por el actual gobierno para el ámbito rural a 2015 (54.8% en agua potable y 41.8% en saneamiento) son menores a las establecidas originalmente en el Plan Nacional, y significarían una ampliación de la brecha prevista entre los ámbitos urbano y rural. El sector aún enfrenta una insuficiente cobertura de los servicios, una baja calidad de la prestación de servicios y una deficiente operación y mantenimiento de sistemas existentes, siendo notoriamente más crítica en las áreas rurales y las poblaciones dispersas.

Las coberturas de agua potable y saneamiento alcanzadas en los años 1993, 2007 y 2012 se presentan en el **cuadro 8**. Asimismo, se presentan las metas propuestas para el año 2015 por el Plan Nacional de Saneamiento. En el año 2007 la cobertura de saneamiento rural disminuyó principalmente porque en este año, a diferencia del 1993 no se incluyó las letrinas, los pozos ciegos, negros ya que estos últimos no forman parte de las tecnologías mejoradas de saneamiento.

También cabe destacar que, en cuanto a la cobertura de agua potable en área urbana alcanzada en 2012 y que asciende a un 91.6%, esta cifra es mayor a la meta establecida por el Plan Nacional de Saneamiento al año 2015 en 4.6 puntos porcentuales (87%). Lo mismo sucede con cobertura de saneamiento en área urbana alcanzada en 2012 (4.7 puntos porcentuales mayor que la meta al 2015); la cobertura total de agua potable alcanzada en 2012 (0.3 puntos porcentuales mayor que la meta al 2015); y la cobertura total de saneamiento alcanzada en 2012 (0.8 puntos porcentuales mayor que la meta al 2015).

Sin embargo, no se conoce con exactitud la información necesaria para determinar la cantidad de población servida, el número y condiciones de funcionamiento de los sistemas existentes. Aún persisten situaciones críticas que limitan la adecuada prestación de los servicios, el aparente cumplimiento y superación de la meta establecida al 2015 por el Plan debe ser tomado con cautela y mantenerse expectantes para observar las cifras de coberturas de los años siguientes a 2010.

Detrás de los promedios nacionales aún se esconden situaciones críticas. Las brechas en la cobertura de los servicios de agua y saneamiento afec-

* LA POBLACIÓN QUE TIENE ACCESO A SERVICIOS DE SANEAMIENTO MEJORADOS AUMENTÓ DE 49 A 66.2% ENTRE 1993 Y 2011.

CUADRO N° 8

Coberturas de agua potable y a servicios básicos de saneamiento a nivel nacional, urbano y rural

Indicador	1993 (a)	2007 (b)	2012 (c)	2015 (d)
	%	%	%	%
Cobertura de agua potable en el área urbana	81,1	85,3	91.6	87,0
Cobertura de saneamiento en el área urbana	60	77,0	88.7	84,0
Cobertura de agua en el área rural	6,9	32,0	54.8	70,0
Cobertura de saneamiento en el área rural	24,6	13,1	45.6	60,0
Cobertura total de agua potable	58,9	69,2	82.3	82,0
Cobertura total de saneamiento	49,4	57,9	77.8	77,0

Fuente: (a) INEI. Censo 1993; (b) INEI. Censo 2007. (No considera pozo negro, ciego /letrinas en saneamiento en el área rural); (c) INEI - Encuesta Nacional de Hogares; (d) Plan Nacional de Saneamiento 2006 – 2015

tan sobre todo a las zonas rurales, sectores pobres y poblaciones dispersas del país. Además de una insuficiente cobertura de los servicios, todavía se enfrenta una baja calidad de la prestación de servicios y una deficiente operación y mantenimiento de sistemas existentes, siendo más crítica en las áreas rurales.

En cuanto a las brechas por regiones naturales, en el **Gráfico 44** se observa claramente que las coberturas de agua y saneamiento en la costa del país son las mayores, siendo las más desfavorables las de la selva. El Programa Nacional de Saneamiento Rural cuenta con el Programa de Amazonía Rural[155], el que se encuentra en implementación, y a través del cual se espera que las coberturas de agua y saneamiento mejoren en los siguientes años.

Con respecto a la brecha urbano-rural, en 2012 la cobertura de servicios de agua potable a nivel nacional fue 82.3%, pero en la zona urbana fue 91.6% y en la rural 54.8%. En saneamiento la cobertura a nivel nacional fue 77.8%, pero en el ámbito urbano 88.7% y en el rural de 45.6%. Las coberturas de agua y saneamiento a nivel nacional, y diferenciadas por ámbito urbano y rural, en el año 2012 se presentan en el **Cuadro 9.**

También ha habido diferentes ritmos de cambio según estos ámbitos. De esta manera se tiene que la cobertura de agua potable[156] en la zona urbana (localidades con población mayor a 2000 habitantes) aumentó 4,2 puntos porcentuales entre los años 1993 y 2007, y de 2007 al 2012 aumentó 4,8 puntos, mientras que para la zona rural el aumento fue mucho mayor entre los años 1993 y 2007: 25,1 puntos porcentuales. Mientras tanto, del año 2007 a 2012 se mantuvo la tendencia de aumento, alcanzando 20,7 puntos porcentuales.

Por otro lado, la cobertura de saneamiento[157] en el área urbana aumentó en 17 puntos porcentuales del año 1993 al 2007, mientras que en la zona rural se aprecia una disminución en la cobertura de 11.5 porcentuales, pero debe tenerse en cuenta que la cobertura de saneamiento en el área rural del Censo 2007 no considero pozo negro, ciego/letrina a diferencia de su similar del Censo 1993 que si lo incluye, lo cual explica su reducción aparente. Del año 2007 a 2012 se observa un incremento de 4.4 puntos porcentuales en la cobertura de saneamiento.

Las **regiones** con mayores brechas de cobertura de los servicios de abastecimiento de agua en 2010 son Loreto, Huancavelica, Amazonas, Pasco, Puno, Cajamarca y Huánuco, las que se encuentran entre el 40% y 60% de cobertura. Mientras que las que presentan mayor cobertura, entre el 80% y 100% son Callao, Cusco, Arequipa, Ica, Moquegua, Lima y Tacna. Asimismo, las regiones con mayor déficit de cobertura de saneamiento (20 % al 40 %) son: Huancavelica, Ucayali, Loreto, Huánuco, Amazonas, San Martín y Pasco. Mientras que las que presentan mayores coberturas son Tacna, Callao, Lima, Moquegua, Ica y Arequipa.

Además de las consideraciones geográficas o de aglomeración (urbano-rural), los hogares también se ven afectados por la condición de vulnerabilidad que presentan debido a su condición de pobreza. En base a los resultados de la ENAHO 2011 es posible analizar a los hogares por condición de pobreza monetaria, que refleja la capacidad de gasto de los hogares; y el corte por hogares en proceso de inclusión (PePI). La población en proceso de desarrollo e inclusión social denominada población PePI proviene de hogares que presentan al menos tres de cuatro circunstancias asocia-

[155] El Programa de Amazonía rural tiene como ámbito a las poblaciones rurales de las regiones de : Amazonas, Loreto, San Martín, Madre de Dios y Ucayali

[156] Para el cálculo de la cobertura de agua se han tomado las siguientes modalidades de servicio consideradas en el Censo: red pública dentro de la vivienda; red pública fuera de la vivienda pero dentro de la edificación; pilón de uso público.

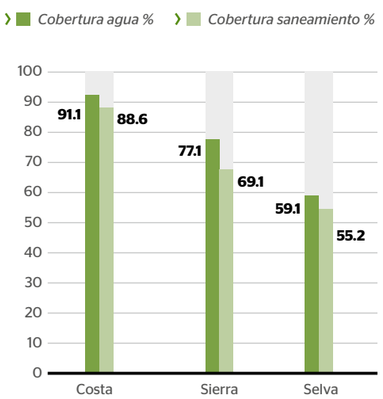
[157] Para el cálculo de la cobertura de saneamiento se han tomado las siguientes modalidades de servicio consideradas en el Censo: red pública de desagüe dentro de la vivienda; red pública de desagüe fuera de la vivienda pero dentro de la edificación. El Censo del año 1993 adicionalmente incluye pozo séptico; pozo ciego o negro / letrina.

*****

LOS HOGARES TAMBIÉN SE VEN AFECTADOS POR LA CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD QUE PRESENTAN DEBIDO A SU CONDICIÓN DE POBREZA.

GRÁFICO Nº 44

Cobertura de Agua y Saneamiento por Región Natural al 2012



Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares

CUADRO N° 9

Cobertura de Agua y Saneamiento por Ámbito Geográfico al 2012

Ámbito	Cobertura de Agua potable %	Cobertura de Saneamiento %
Nacional	82.3	77.8
Urbano	91.6	88.7
Rural	54.8	45.6

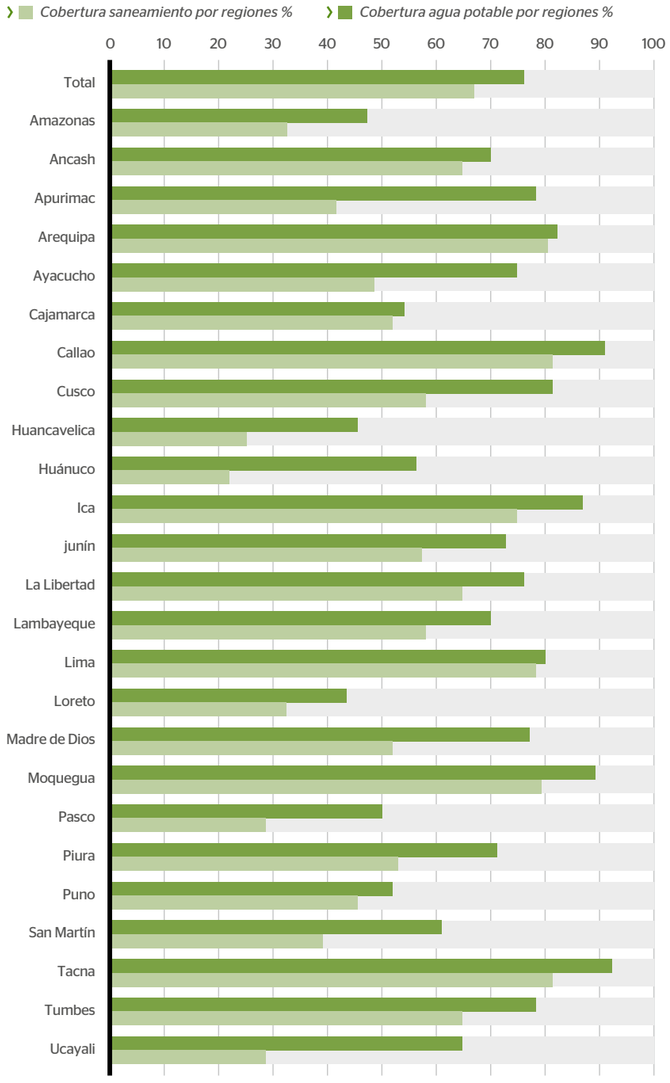
Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares

das históricamente al proceso de exclusión en el país: i)hogar rural ubicado en centros poblados de 400 viviendas (2000 personas) o menos; ii) hogar con jefa o cónyuge mujer con nivel educativo igual a primaria completa o menos; iii) hogar con jefe o cónyuge con lengua originaria; iv) hogar ubicado en el primer quintil de la distribución nacional del gasto per cápita.

La identificación y cuantificación de la población PePI, es de alta utilidad como herramienta de gestión para priorizar los ámbitos de las intervenciones y estrategias de la política en materia de desarrollo e inclusión social, y la asignación del gasto público. El mapa de la población PEPI es resultado de un estudio a partir del procesamiento de las Encuestas Nacionales de Hogares y los resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda de 2007 del INEI.

Un sector particularmente afectado por brechas de cobertura es la población que habita en **comunidades dispersas.** Según el Censo del año 2007, 3.3 millones de personas se encontraban habitando Centros poblados que albergan menos de 201 habitantes que, por lo general, cuentan con viviendas dispersas, por lo que se les denomina "comunidades dispersas". Estos representan un segmento particular dentro de las zonas rurales, debido a que la gran mayoría no cuentan con acceso a servicios básicos de agua potable y saneamiento, siendo las coberturas de 21.3 % y de 6.7 respectivamente. La situación de las coberturas del acceso al abastecimiento de agua y saneamiento es mucho más crítica en las comunidades indígenas nativas de la selva. A pesar de su vulnerabilidad, estas comunidades han sido excluidas de los principales programas de agua y saneamiento del Estado.

GRÁFICO Nº45
Cobertura de Agua y Saneamiento por Región al 2010



Fuente: Encuesta Nacional de Programas Estratégicos 2010 (ENAPRES).

Fotografía: SNU

CUADRO N° 10

Acceso a fuentes mejoradas				
	Pobres extremos	Pobres no extremos	No pobres	**Total**
Otro	61%	40%	16%	**23%**
Red pública/pilón	39%	60%	84%	**77%**
Total	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**

	No PEPI	Hogares PEPI	**Total**
Otro	15%	61%	**23%**
Red pública/ pilón	85%	39%	**77%**
Total	**100%**	**100%**	**100%**

Acceso a agua adecuadamente clorada				
	Pobres extremos	Pobres no extremos	No pobres	**Total**
No adecuada	98%	87%	71%	**75%**
Cloración adecuada	2%	13%	29%	**25%**
Total	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**

	No PEPI	Hogares PEPI	**Total**
No adecuada	71%	98%	**75%**
Cloración adecuada	29%	2%	**25%**
Total	**100%**	**100%**	**100%**

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares 2011.

META 7D: HABER MEJORADO CONSIDERABLEMENTE, EN 2020, LA VIDA DE AL MENOS 100 MILLONES DE HABITANTES DE TUGURIOS.

Fotografía: SNU

Tendencias nacionales de avance.

Se ha logrado mejorar la calidad de vida de los habitantes de las ciudades en tanto, entre los años 2001 y 2011, ha aumentado el número de hogares que no presentan carencias. Según la metodología aplicada por la Encuesta Nacional de hogares (ENAHO),[158] el 51.7% de viviendas no presentaron carencias en el año 2011, lo que representa un crecimiento de 7.5 puntos porcentuales (16.9%) comparándolo con los resultados obtenidos en el año 2001.

Sin embargo, existe un déficit cuantitativo de viviendas, dado el crecimiento de los nuevos hogares, y persiste un déficit cualitativo que corresponde a viviendas calificadas como incompletas o inadecuadas. Lima Metropolitana presenta los mayores niveles de déficit cuantitativo y cualitativo mientras que la selva urbana concentra los mayores índices en cuanto a baja calidad de la vivienda.

El ritmo de crecimiento de la demanda habitacional tiende a mantenerse, no obstante la disminución de la tasa de crecimiento poblacional. La tasa de crecimiento anual del número de hogares y viviendas en el país entre los años 1993 y 2007, de acuerdo a las cifras obtenidas en el último Censo de Población y Vivienda, alcanza un 2.7%, mientras la tasa poblacional se reduce de 1.8% a 1.6% en este período.

La población que habita en áreas tugurizadas y en la periferia urbana en un alto porcentaje se ubica en viviendas que presentan deficiencias estructurales, tanto en lo constructivo, como en los materiales empleados, Esto se relaciona con la práctica extendida de la autoconstrucción, sin dirección ni supervisión técnica, en asentamientos marginales, así como la falta de asistencia y control municipal en los procesos de edificación en estas áreas.

De acuerdo a la información proporcionada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática, para el año 2007, se calcula un déficit de 1'860,692[159] unidades, de las cuales se tiene un déficit cuantitativo de 389,745 viviendas por crecimiento de nuevos hogares, y un déficit cualitativo que alcanza las 1'470,947 unidades que corresponden a viviendas calificadas como incompletas o inadecuadas por condiciones que afectan su estructura física y carencia de servicios básicos. Para efectos de comparación, el déficit cuantitativo de viviendas en el año 2002 arrojó un total de 373,265 unidades, mientras que dicho déficit, según los resultados a 2007, determina un total de 389,745 unidades que representa un aumento de 4%, asumiendo una vivienda por hogar.

Las condiciones de vivienda inadecuadas se concentran en ciertas regiones y sectores.

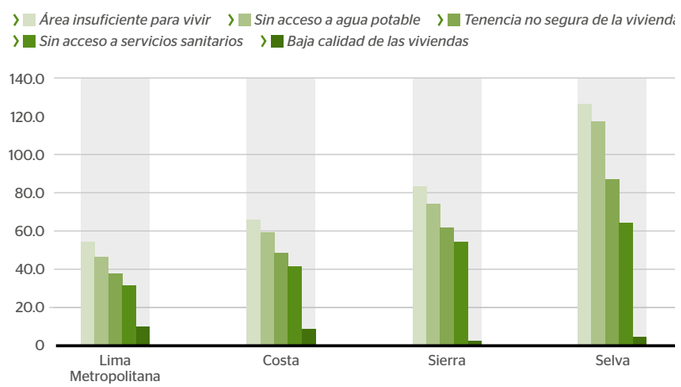
Los mayores niveles de déficit cuantitativo y cualitativo por características físicas en el área urbana se concentran en los departamentos de Lima, fundamentalmente, así como en las ciudades de los departamentos de Piura, Arequipa, Ica, La Libertad y Junín con un 62% del total registrado, y en el área rural Cajamarca, Puno, Cusco, Huánuco, Loreto y Junín que registra el 56% del total.

En términos globales, la selva urbana concentra los mayores índices en cuanto a baja calidad de la vivienda, carencias de servicios de agua y saneamiento, (sanitarios) y áreas insuficientes para vivir. Analizando en cambio las carencias a nivel de componentes, se puede establecer que el porcentaje de viviendas de baja calidad pasa de 43.4% el 2001 a 38.4% el 2011. La tenencia no segura de viviendas, disminuye de 8.9% el año 2001, según la Encuesta Nacional de Hogares, a 8.1% al año 2011, presentando la mayor caída en la selva.

Las proyecciones que pueden estimarse a partir del último Censo, sobre la base de las tendencias observadas, nos permite afirmar inicialmente que con una población de 32.8 millones de habitantes para esa meta, y un tamaño promedio de hogares de 4.1 miembros, se tendría al final del período al 2020 un estimado de 8.1 millones de hogares, lo cual demandaría incrementar el número de viviendas nuevas en 85,000 unidades por año. ●

* LA SELVA URBANA CONCENTRA LOS MAYORES ÍNDICES EN CUANTO A BAJA CALIDAD DE LA VIVIENDA, CARENCIAS DE SERVICIOS DE AGUA Y SANEAMIENTO, Y ÁREAS INSUFICIENTES PARA VIVIR.

GRÁFICO Nº 46
Tipo de déficit cualitativo, 2011



Fuente: Elaboración propia

[158] Se ha utilizado la misma metodología de determinación de carencias a la serie de la ENAHO del 2001 a 2008.

[159] El Ministerio de Vivienda Construcción y Saneamiento y el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, realizaron el cálculo del déficit habitacional, a partir de los resultados del Censo de Población y Vivienda 2007.

Fotografía: SNU

FACTORES CLAVE PARA EL PROGRESO EN EL ODM 7

Un paso importante para poder garantizar la sostenibilidad ambiental ha sido el fortalecimiento de la institucionalidad ambiental y la creación de un marco legal para responder a los desafíos del medio ambiente, incluyendo especialmente la creación del Ministerio del Ambiente como ente rector sectorial en 2008. También se ha creado el Servicio Nacional de Áreas Naturales Protegidas por el Estado (SERNANP) y la Autoridad Nacional del Agua (ANA).

Con respecto a la meta 7A **(incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente)** un factor importante en las tendencias observadas es que la matriz energética ha cambiado con la introducción al consumo del gas natural de Camisea a partir de 2005.

En cuanto a las **emisiones de sustancias agotadoras de la capa de ozono (SAO)** se han realizado desde el Estado capacitaciones para evitar las liberaciones no intencionales, así como en el reemplazo de SAO por otras sustancias que no tengan estas características o cuyo PAO sea mucho menor. La Oficina Técnica de Ozono ha venido realizando diversas capacitaciones internacionales sobre "Buenas Prácticas en Refrigeración y Aire Acondicionado y uso de alternativas tecnológicas de las SAO", con el apoyo de la Organización de Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial (ONUDI), tanto de docentes de institutos tecnológicos, como de técnicos. De igual manera se viene realizando acciones de sensibilización de la población en general para realizar un buen manejo de las SAO y proteger el medio ambiente, así como informar sobre las sustancias alternativas.

En relación al uso de **combustibles sólidos,** desde 2009 se viene llevando a cabo la Campaña Por un Perú sin Humos, cuyo objetivo es instalar cocinas mejoradas con modelos certificados por SENCICO[160], a fin de mejorar la eficiencia energética en las cocinas, liberar menos emisiones de gases de efecto invernadero, menos contaminantes del aire interior y en consecuencia, disminuir el riesgo a la salud de los pobladores que implementan estas cocinas mejoradas. A junio de 2012, se habían implementado 235, 263 cocinas mejoradas gestionadas por diversas organizaciones de la sociedad civil, por entidades del gobierno nacional, gobiernos regionales, municipalidades e instituciones privadas [161] lo que implica una serie de ventajas que van desde la ostensible mejora de la calidad del aire interior de los hogares, principalmente de las zonas urbanas de la sierra y la consecuente disminución en las tasas de infecciones respiratorias agudas, enfermedades oculares y otras enfermedades, así como ejercer menor presión en los recursos forestales y menor liberación de emisiones de gases de efecto invernadero y de dioxinas y furanos. [162]

2012 SE HABÍAN IMPLEMENTADO 235,263 COCINAS MEJORADAS GESTIONADAS POR DIVERSAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL.

Esta campaña, si bien no reduce la proporción de hogares que utiliza combustible sólido, sí mejora la calidad de vida de los pobladores de las zonas con menos recursos económicos y reduce en un 50% el consumo de leña.

Un factor favorable para las tendencias de **residuos sólidos** recolectados y dispuestos en rellenos sanitarios y botaderos controlados es la implementación del Reglamento

[160] Servicio Nacional de Capacitación para la Industria de la construcción.

[161] "Cocinas Mejoradas por un Perú sin Humo", www.cocinasmejoradasperu.org.pe/ubigeo.htm, 2012.

[162] Son las sustancias químicas más toxicas que existen en el planeta, son carcinogénicas, persistentes en el ambiente, se bioacumulan y biomagnifican a través de la cadena trófica.

Fotografía: Antonio Escalante / Proyecto MST-Apurímac / MINAM / PNUD / GEF

[163] Son las sustancias químicas más toxicas que existen en el planeta, son carcinogénicas, persistentes en el ambiente, se bioacumulan y biomagnifican a través de la cadena trófica.

Nacional de Gestión y Manejo de Residuos Eléctricos y Electrónicos (RAEE), teniendo como característica principal la responsabilidad extendida del productor (REP), en virtud del cual, los productores son responsables de la recolección, traslado y entrega a gestores de RAEE para su disposición adecuada (reciclaje o disposición final).

Con relación a los **recursos hídricos** y la calidad de las aguas en el Perú, el año 1999, la Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA) del Ministerio de Salud diseñó e inició la implementación del Programa de Vigilancia de los Recursos Hídricos, a través del cual se realiza la vigilancia de la calidad de los principales cuerpos de agua del país. Hasta 2008 realizó la vigilancia en 545 cuerpos de agua, que continúa como Vigilancia Sanitaria de los Recursos Hídricos, en coordinación con las direcciones regionales de salud ambiental de los Gobiernos Regionales. Actualmente, en virtud a la Ley Nº 29338, Ley de Recursos Hídricos, la Autoridad Nacional de Aguas del MINAG realiza esta labor de vigilancia y monitoreo de los cuerpos de agua.

Con relación a la gestión ambiental de estos recursos, se viene trabajando como cuencas, así la ANA ha elaborado el Mapa de Delimitación de cuencas nacionales y su codificación por Unidades Hidrográficas, aplicando el sistema internacional "Pfafstetter" y la tecnología de Sistemas de Información Geográfica (SIG), que permite ubicar al Perú como el segundo país en Latinoamérica que moderniza su demarcación natural del territorio por unidades hidrográficas que comprenden cuencas hidrográficas e ínter cuencas para la mejor administración de sus recursos naturales, especialmente de los recursos hídricos. El Mapa de Unidades Hidrográficas, (aprobado con RM Nº 033-2008-AG del 21.01.2009), es de referencia obligatoria en todos los procesos de ordenamiento de Cuencas Hidrográficas, así como en los procedimientos administrativos dispuestos en la Ley de Recursos Hídricos.

El país también ha priorizado la implementación de acciones para la mejora de la **calidad del aire** en 31 ciudades, contándose con Planes de Acción para la mejora de la calidad del aire en trece zonas de atención prioritaria: Arequipa, Chiclayo, Chimbote, Cusco, Huancayo, Ilo, Iquitos, La Oroya, Lima - Callao, Pisco, Piura, Trujillo, Cerro de Pasco. De ellas, dos están formulando su línea base y una se encuentra en proceso de revisión de su plan; y, en las dieciocho restantes se está formulando sus planes de acción. El 53.6% de la población del país ha sido beneficiada con las medidas de control implementadas. [163]

En Lima y Callao se han implementado redes de monitoreo de calidad del aire. La primera implementada por la DIGESA del Ministerio de Salud la que cuenta con 5 estaciones de monitoreo, que viene funcionando desde el año 1999. También se tiene la administrada por el SENAMHI, que brinda desde su web, información a tiempo real y pronósticos de la calidad del aire.

Con respecto a la meta 7B **(reducir la pérdida de biodiversidad, alcanzando, para el año 2010, una reducción significativa de la tasa de pérdida),** también se han identificado factores programáticos que han incidido positivamente. Acerca de la **proporción de la superficie de tierra cubierta por bosques,** en el marco de la 14ta Conferencia de las Partes (COP) de la Convención Marco de las Naciones Unidas para el Cambio Climático, realizada en Poznan (Polonia) en diciembre de 2008 se presentó el Programa Nacional de Conservación de Bosques para la Mitigación del Cambio Climático (Programa Bosques), que fue aprobado en Consejo de Ministros y creado oficialmente mediante Decreto Supremo N° 008-2010-MINAM del 14 de julio de 2010[164]. Fue ratificado en la 15ª COP (Copenhague, 2009), en la reciente comunicación de las Acciones Nacionales Adecuadas de Mitigación (NAMA) y en la 16ª COP en Cancún (México), en diciembre de 2010. Este programa tiene como finalidad conservar 54 millones de hectáreas de bosques al año 2021.

La distribución de estos 54 millones de hectáreas de bosque abarca 17 regiones del país: Amazonas, Ancash, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huánuco, Junín, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre de Dios, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tumbes y Ucayali.

Cabe también destacar la cartera de proyectos de Carbono de Forestación y Reforestación del FONAM, que consta de 27 proyectos orientados a reducir GEI en 53'028,084 toneladas CO2 equivalentes en veinte años; 7 de ellos se ubican en el esquema de Reducción de Emisiones de la Deforestación y Degradación de Bosques- REDD. Estas iniciativas están formuladas sobre más de 525,778 ha de bosques tropicales con la intención de reducir las emisiones de CO2 derivadas de la deforestación, conservar la biodiversidad y mejorarlas condiciones de vida de las familias locales (FONAM de PLANAA PERÚ 2011-2021).

En cuanto a la **proporción de las áreas terrestres y marinas protegidas,** la gestión del Sistema Nacional de Áreas Naturales Protegidas por el Estado (SINANPE) ha tenido como uno de sus pilares a la alianza entre

[164] Aprueba la creación del Programa Nacional de Conservación de Bosques para la Mitigación del Cambio Climático.

la autoridad competente a través de las Jefaturas de las ANP con las poblaciones locales, por medio de los Comités de Gestión y otros espacios y mecanismos para el desarrollo concertado de las acciones de planificación, control, monitoreo, desarrollo de actividades de uso sostenible, fortalecimiento, financiamiento y otras.

Con respecto a acciones para la conservación de las **especies en peligro de extinción** de flora silvestre, el país ha tomado algunas acciones preventivas para evitar y disminuir el impacto sobre las más vulnerables. Un ejemplo son las acciones sobre las especies CITES[165], habiéndose elaborado los 'Dictámenes de Extracción No Perjudicial' para la caoba (Swietenia macrophylla) desde el 2008 en el marco de los compromisos asumidos con la Convención CITES[166] y la normatividad nacional. Este instrumento dado por la Autoridad Científica CITES recomienda, mediante un análisis científico, el número máximo de árboles que pueden ser aprovechados sin perjudicar el estado de la especie; esto ha permitido reducir significativamente la presión sobre la especie indicada.

Con relacion a la fauna silvestre, la Dirección General Forestal y de Fauna Silvestre del MINAG lleva a cabo constantes acciones de control y decomiso de ejemplares de especies silvestres extraídos y comercializados ilegalmente, y a la vez promueve el manejo y la recuperación de las mismas. Cabe señalar el caso exitoso del manejo de la taricaya *(Podocnemis unifilis)*, tortuga amazónica que estuvo amenazada anteriormente por la presión comercial, y cuyas poblaciones se han recuperado significativamente en la Reserva Natural Pacaya-Samiria, gracias a las acciones de manejo.

En los avances hacia la meta 7C **(reducir a la mitad, para 2015, la proporción de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento)** los factores básicos clave para el progreso incluyen el crecimiento económico y aumento significativo de recursos la inversión pública y gasto social en la última década.

*
EL PROGRAMA BOSQUES TIENE COMO FINALIDAD CONSERVAR 54 MILLONES DE HECTÁREAS DE BOSQUES AL AÑO 2021.

En el marco normativo, destaca la implementación de la Ley N° 26338, Ley General de Servicios de Saneamiento, que establece a los servicios de saneamiento de necesidad y utilidad pública y de preferente interés nacional, cuya finalidad es proteger la salud de la población y el ambiente. Según esta norma, la prestación de los servicios de saneamiento comprende los servicios de agua potable, alcantarillado sanitario y pluvial, y disposición sanitaria de excretas, tanto en el ámbito urbano como rural.

Entre las **políticas y medidas desde el gobierno nacional,** el Plan Nacional de Saneamiento se ha planteado un horizonte de 10 años en concordancia con las Metas del Milenio y se propone alcanzar los compromisos internacionales asumidos por el Perú en la Declaración del Milenio. En el MVCS desde 2012 se prepara la actualización del Plan Nacional de Saneamiento 2006 – 2015; mientras tanto este se encuentra vigente y sobre la base de sus lineamientos se han venido implementando un conjunto de planes, programas y proyectos para los ámbitos urbano y rural.

En el ámbito urbano, sobre la base del Plan Nacional se ha trabajado una serie de proyectos que permitirán mejorar el abastecimiento de agua y las condiciones ambientales y sanitarias de la región, así como reducir la brecha de la población sin este servicio y mejorar la calidad de vida y reducir las enfermedades. Estos incluyen, por citar algunos ejemplos concretos, el proyecto "Mejoramiento y Ampliación de los Sistemas de Abastecimiento de Agua Potable y Alcantarillado de las ciudades provinciales de Piura-Castilla" en Piura y el proyecto "Mejoramiento y Ampliación de los Sistemas de Abastecimiento de Agua Potable y Alcantarillado de las ciudad provincial de Chimbote"- Región Ancash, de US$ 178 millones.

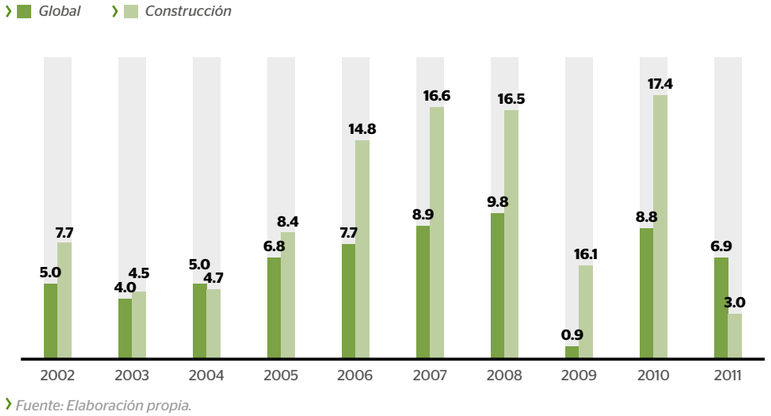
Como parte de la estrategia adoptada para una atención más rápida del déficit observado en agua y saneamiento, se han adoptado medidas para dinamizar la inversión en el sector, entre ellos el programa de transferencias financieras a los Gobiernos Regionales y Locales cuya ejecución se propicia en el marco de la transparencia y en una mayor participación local.

Para incrementar la cobertura en el ámbito urbano se concluirán varios mega-proyectos de infraestructura, incluyendo a Lima Metropolitana.

Para acelerar los avances en el ámbito rural, se creó el Programa Nacional de Saneamiento Rural (PRONASAR), que tiene como finalidad mejorar la calidad, ampliar la cobertura y promover el uso sostenible de los servicios de agua y saneamiento en las poblaciones rurales. El ámbito de intervención del Programa Nacional de Saneamiento Rural lo constituyen los centros poblados rurales del país, priorizando la atención de aquellos comprendidos en los distritos rurales de la entonces Estrategia Nacional CRECER; actualmente se cuenta con la Estrategia Nacional de Desarrollo "Incluir para Crecer". Esta busca lograr la articulación intersectorial e intergubernamental de la política social; con carácter vinculante y orientada al logro de resultados, tiene como meta cerrar la brecha de infraestructura en 256,671 hogares que requieren ser atendidos en 341 distritos. Dicha atención comprende, entre otras, beneficiar a 140,680 hogares que no tienen acceso a agua segura y 117,899 hogares que no tienen acceso a saneamiento.

Sus líneas de intervención se orientan prioritariamente a: i) construcción, rehabilitación y/o ampliación de infraestructura de agua y saneamiento; ii) implementación de soluciones tecnológicas no convencionales para el acceso al agua potable; iii) instalación de sistemas de disposición sanitaria de excretas, iv) fortalecimiento de capacidades en los gobiernos regionales y locales, las

GRÁFICO Nº 47



Fuente: Elaboración propia.

[165] Convención sobre el Comercio Internacional de Especies Amenazadas de Fauna y Flora Silvestres.

[166] Es un acuerdo internacional concertado entre los gobiernos. Tiene por finalidad velar por que el comercio internacional de especímenes de animales y plantas silvestres no constituye una amenaza para su supervivencia.

Fotografía: SNU

organizaciones comunales y la población, para la gestión, operación y mantenimiento de los servicios; v) fortalecimiento de capacidades en los gobiernos regionales y locales para la identificación, formulación y ejecución de planes, programas y proyectos de inversión en saneamiento rural y vi) fortalecimiento de la educación sanitaria en la población beneficiaria.

Para los avances en la meta 7D **(haber mejorado considerablemente, en 2020, la vida de al menos 100 millones de habitantes de tugurios)** han sido significativos también varias políticas y programas públicos, además del contexto de crecimiento económico y reducción de la pobreza monetaria. En un contexto de crecimiento acelerado del sector construcción, un factor favorable a estos avances ha sido que, en la última década, desde el Estado se estructuraron programas como MIVIVIENDA y TECHO PROPIO, con metas a mediano plazo. Estos programas ofrecen subsidios para complementar el ahorro de las familias y buscan diversificar los productos financieros inmobiliarios en la banca privada. Han beneficiado a familias pertenecientes a distintos niveles socio-económicos, y que en conjunto involucran a más del 85% de la población urbana del país.

Han tenido particular importancia el Plan Institucional 2008-2015 del Ministerio de Vivienda y el Plan Nacional de Vivienda. El primero ha sido base para implementar esfuerzos orientados a la ayuda financiera a la población de menores recursos, la formalización de la propiedad, la regularización de las obras de habilitación urbana en áreas marginales, así como en obras destinadas al mejoramiento y saneamiento de barrios marginales como medidas de política permanente.

El Plan Nacional de Vivienda, por su parte, fue concebido originalmente como un instrumento de gestión hasta el 2015 y ha orientado diferentes programas y proyectos según los objetivos de reducir el déficit habitacional de ajuste y absorber la demanda residencial derivada de la formación de nuevos hogares; impulsar la producción habitacional, reducir costos y facilitar su adquisición; y mejorar o recuperar áreas urbanas en proceso de consolidación, subtituladas o deterioradas.

Para lograr estos objetivos se estructuraron diversos programas con metas de mediano plazo como MI VIVIENDA, TECHO PROPIO, Programas de Mejoramiento Integral de Barrios, Programa de Apoyo al Hábitat Rural, Programa de Generación de Suelo Urbano y Programa Nuestras Ciudades, que benefician directamente a familias pertenecientes a los niveles socio-económicos del B al E, y que en conjunto involucran a más del 85% de la población urbana del país. Estos programas que se orientan a complementar el esfuerzo familiar mediante el ahorro previo, y dar apoyo directo en determinados segmentos en diversas formas de subsidio, han permitido como resultado de su consolidación inicial, se produzca una diversificación de productos financieros inmobiliarios en la banca privada, que ha permitido que complementariamente se pueda dar atención al 15% restante de la población en los niveles superiores.

En lo que concierne al crecimiento del PBI de la construcción del año 2002 al 2011, se reflejan en este indicador los esfuerzos orientados a desarrollar sinergias que permiten consolidar la política habitacional en curso, esfuerzos que como se observa, ha permitido que la construcción crezca con tasas por encima del PBI global.

También ha habido una participación de los grupos organizados de la sociedad civil en apoyo a las metas de vivienda establecidas. Tanto las organizaciones vecinales como las organizaciones no gubernamentales vienen cumpliendo una labor permanente en la formulación y ejecución de diferentes actividades orientadas a dar atención a poblaciones de menores recursos, asentadas tanto en las áreas urbanas, como en las áreas rurales. ●

* EL PROGRAMA NACIONAL DE SANEAMIENTO RURAL (PRONASAR) TIENE COMO FINALIDAD MEJORAR LA CALIDAD, AMPLIAR LA COBERTURA Y PROMOVER EL USO SOSTENIBLE DE LOS SERVICIOS DE AGUA Y SANEAMIENTO EN LAS POBLACIONES RURALES.

* EN UN CONTEXTO DE CRECIMIENTO ACELERADO DEL SECTOR CONSTRUCCIÓN, UN FACTOR FAVORABLE A ESTOS AVANCES HA SIDO QUE, EN LA ÚLTIMA DÉCADA, DESDE EL ESTADO SE ESTRUCTURARON PROGRAMAS COMO MIVIVIENDA Y TECHO PROPIO, CON METAS A MEDIANO PLAZO.

PRINCIPALES BARRERAS PARA EL ODM 7

La incipiente institucionalidad del ente rector del sector ambiente y la articulación aún débil de políticas entre distintas instituciones y niveles de gobierno con responsabilidad en la materia son factores que limitan los avances relacionados a garantizar la sostenibilidad del medio ambiente. Los aspectos de supervisión, fiscalización y control siguen siendo poco efectivos, y queda mucho por avanzar en la coordinación entre niveles de gobierno en dichos aspectos.

Una limitación para lograr un **uso de energía** más sostenible es que, aún con la transición en la matriz energética, se sigue dependiendo del petróleo y del gas natural, ambos combustibles fósiles y finitos. Se requiere mayor inversión en investigación y generación de energías renovables, se necesitan planes para cambiar la matriz energética fósil dependiente.

Las limitaciones en el planteamiento de las metas, así como las estadísticas disponibles, han sido una barrera para mejorar las condiciones de vida, especialmente en **agua y saneamiento.** Como los aspectos relacionados con la seguridad, la confiabilidad y la sostenibilidad no se reflejan en los indicadores que se utilizan para seguir los avances de los ODM (que sólo están referidos a cobertura), es probable que la cantidad real de personas que usan fuentes de agua mejoradas y las que cuentan con instalaciones de saneamiento mejoradas hayan sido sea sobrestimadas. Los indicadores de acceso a fuentes mejoradas de abastecimiento de agua potable y a servicios de saneamiento mejorados, son determinados en función a la tecnología e infraestructura existente y no en base a la calidad del servicio prestado o al estado de las instalaciones.

El acceso a fuentes de abastecimiento de agua de la red pública no garantiza en la práctica que el agua recibida sea potable. Sobre todo en un determinado número de sistemas de abastecimiento de agua de las pequeñas ciudades y del ámbito rural, existen sistemas implementados y entregando agua, pero esta no es potable por el mal estado de las instalaciones o por las inadecuadas o inexistentes prácticas de operación y mantenimiento.

El indicador Proporción de la población con acceso a fuentes mejoradas de abastecimiento de agua potable, ha sido determinada por el ente rector en base a la ENAPRES 2010, la que considera a la población que cuenta con red pública dentro de la vivienda; red pública fuera de la vivienda pero dentro de la edificación; pilón de uso público, pero no cuenta con la información de la población que tiene agua que no proviene de la red pública pero que en el hogar le dan algún tratamiento, como el hervido, la cloración domiciliaria u otros métodos de desinfección caseros.

Otra barrera relacionada con el agua ha sido la falta de implementación de medidas idóneas para llevar la cobertura a las poblaciones dispersas. El MVCS viene implementando Centro de Servicios de Apoyo al Hábitat Rural, denominado como Tambo, es una instalación construida en un Centro Poblado Rural, donde convergen actores del Estado para brindar servicios de infraestructura, equipamiento y capacitación, de manera directa a dicha comunidad y a las de su entorno, a fin de mejorar su calidad de vida. De esta forma el Estado busca cubrir su constante ausencia que se ha mantenido por largas décadas, mediante acciones de dotación de servicios e infraestructura en el área rural que incluyen la vivienda y sus respectivos servicios de agua y saneamiento. Esta se constituye en una manera indirecta de llegar a un conjunto de centros poblados dispersos, ya que el Plan Nacional de Saneamiento Rural atenderá a localidades con población mayor a 200 habitantes. Sin embargo, para que el MVCS cumpla con sus metas debería construir unos 100 Tambos por año, ritmo que aún no adopta. A la fecha se han construido unos 60 Tambos[167].

La debilidad de las empresas prestadoras de saneamiento (EPS) ha sido otra barrera para mejorar la cobertura y calidad. Se han anunciado medidas para fortalecer a Sedapal, la EPS más grande del país, pero las otras 49 EPS del país continúan presentando iguales o peores situaciones en su accionar. Entre otros factores a tratar, el tamaño de los mercados bajo responsabilidad de las EPS en las zonas urbanas no garantiza una buena gestión, y no permite economías de escala ni viabilidad financiera. Asimismo, los recursos humanos en las EPS son poco calificados y con alta rotación, y hay una fuerte intervención política de las autoridades locales en el manejo de las EPS.

Adicionalmente, con respecto a agua y saneamiento, subsisten otras barreras como mecanismos de pre-inversión no adecuados a la realidad rural, deficiente sostenibilidad de los sistemas construidos, tarifas de agua y saneamiento que no permiten cubrir los costos de inversión, operación y mantenimiento de los servicios debido a que aún existe atraso tarifario, y el divorcio entre el planeamiento urbano y el de cobertura (debido principalmente al crecimiento poblacional desordenado en las grandes ciudades del país). ●

* LA DEBILIDAD DE LAS EMPRESAS PRESTADORAS DE SANEAMIENTO (EPS) HA SIDO OTRA BARRERA PARA MEJORAR LA COBERTURA Y CALIDAD.

Fotografía: SNU

[167] Ministro de MVCS, René Cornejo, declaraciones para RPP. Lima, 19 de diciembre de 2012.

DESAFÍOS EMERGENTES PARA EL ODM 7

Uno de los desafíos emergentes que concierne a todas las metas del ODM 7 es el cambio climático, que ya viene afectando a las regiones del Perú y cuyos impactos económicos, ambientales y sociales empiezan a ser evidentes para los tomadores de decisiones y para la población. La necesidad de medidas efectivas de adaptación y mitigación es cada vez mayor, pero en la práctica aún no se cuenta con estrategias efectivas para manejar este fenómeno en la mayoría de casos, especialmente desde los gobiernos sub-nacionales.

Asimismo, el crecimiento económico sostenido, que continuaría en el mediano plazo, genera oportunidades para el mayor bienestar, la reducción de la pobreza y para la ampliación de los programas públicos, pero también aumenta las presiones sobre los recursos naturales y ecosistemas del país.

Estos y otros desafíos emergentes para la sostenibilidad ambiental son atendidos desde el Plan Nacional de Acción Ambiental (PLANAA). Desde el PLANAA, por ejemplo, se busca gestionar los recursos naturales renovables para su aprovechamiento más sostenible con fines energéticos. Como acción estratégica, el PLANAA busca impulsar un crecimiento económico con menor intensidad de emisiones de GEI (Economía baja en Carbono). El PLANAA aspira, para 2021, lograr una relación entre el crecimiento de emisiones de GEI y el crecimiento del PBI menor que la registrada en el 2017.

Por otro lado, para hacer frente al cambio climático causado por las emisiones GEI, se tienen acciones y estrategias desde los diferentes sectores del Estado. Entre los instrumentos está el "Plan Nacional de Gestión de Riesgo y Adaptación al Cambio Climático en el Sector Agrario, período 2012-2021 (PLANGRACC-A)", aprobado por el Ministerio de Agricultura, instrumento de gestión que proporciona estrategias, lineamientos de políticas, propuestas y acciones consensuadas con los Gobiernos Regionales para la reducción de los riesgos, vulnerabilidades y disminuir los efectos del Cambio Climático en el Sector Agrario.

Asimismo, el Ministerio de Economía y Finanzas ha creado una Unidad de cambio Climáticos para hacer seguimiento al problema del cambio climático y sus impactos y costos económicos para el adecuado diseño de políticas que permitan mitigar sus efectos y adaptar nuestra economía a las nuevas condiciones climáticas.

Conjuntamente con el Ministerio del Ambiente, el MEF está liderando el desarrollo de una Estrategia de inversión en el marco del mecanismo REDD+ (Mecanismo de Reducción de Emisiones provenientes de la Deforestación y Degradación Forestal) con fondos orientados a asistir políticas, programas y proyectos para la mitigación y adaptación al Cambio Climático.

Otra acción estrategia propuesta por el PLANAA es la de desarrollar e implementar Estrategias Regionales y Locales de Adaptación y Mitigación frente al cambio climático. La meta al 2012 para el PLANAA es que el 100 % de gobiernos regionales desarrollan e implementan estrategias de adaptación y mitigación al cambio climático.

Con respecto a las SAO, el país deberá seguir cumpliendo con los compromisos adquiridos internacionalmente. En el PLANAA se tiene una acción estratégica referida a la gestión de sustancias químicas peligrosas, que debe incluir a las SAO, sobre todo aquellas que devienen de compromisos internacionales adoptados por el país. Asimismo, se pretende reducir y controlar los riesgos ambientales en el ciclo de vida de las sustancias químicas (SSQQ) y los materiales peligrosos. En el PLANAA se espera que, al 2021, el 100% de entidades públicas que tiene competencia en esta materia implementen al menos un instrumento para la gestión integrada de SSQQ y materiales peligrosos. Además, se pretende reducir los riesgos ambientales derivados de las SSQQ priorizadas, en comparación a los identificados en el corto plazo.

Con el crecimiento económico y reducción de la pobreza monetaria, la proporción de hogares que usan **combustibles** sólidos tiende a reducirse, pero se requiere aún de esfuerzos articulados para promover los cambios deseados. Al respecto, hay proyectos y campañas de los ministerios como el MINEM, MINDES, de las Organizaciones No Gubernamentales –ONG y otras instituciones que vienen realizando acciones para dar acceso a las poblaciones más pobres a combustibles gaseosos a un menor precio, así como a la implementación de cocinas mejoradas que si bien siguen utilizando combustible sólido, hay una mejora en la calidad de vida por la mejor eficiencia energética de estos prototipos mejorados de cocinas, así como por la mejora en la calidad del ambiente de sus viviendas.

Las perspectivas de crecimiento económico y de cambios en los hábitos de consumo de la población plantean crecientes desafíos en cuanto a la **gestión de residuos sólidos.** Al respecto, en el PLANAA se establecen metas ambiciosas y acciones estratégicas como asegurar el tratamiento y disposición final adecuados, de los residuos sólidos del ámbito municipal. La meta para el año 2021 en el PLANAA es que el 100% de los residuos sólidos no reutilizables sean tratados y dispuestos adecuadamente. En segundo lugar, se quiere minimizar la generación, mejorar la segregación, recolección selectiva y reciclaje de residuos sólidos del ámbito municipal. Para el año 2021, el PLANAA considera óptimo que el 100% de los residuos sólidos reutilizables son reciclados.

La **protección y manejo sostenible de los recursos hídricos** también se hace más compleja en un marco de cambio climático, descentralización y crecimiento económico basado en las industrias extractivas. En el PLANAA se tienen tres acciones estratégicas que deben implementar diversos actores. En primer lugar se ubica el asegurar el control de vertimientos hacia los cuerpos de agua. En segundo lugar, se busca gestionar de manera integrada las cuencas, con enfoque eco-sistémico, considerando el manejo sostenible de los recursos hídricos y priorizando la conservación de las cabeceras de cuenca. Por otro lado, también para 2021, en el PLANAA aspira a que el 50% de las cuencas hidrográficas cuenten con Planes de Gestión implementados. Además se espera que el 50% de las cuencas hidrográficas manejen de manera sostenible los recursos hídricos priorizando la conservación de cuencas. Finalmente, en tercer lugar se ubica mejorar la disponibilidad y utilización del agua priorizando su uso adecuado en el Sector Agrario. Para el año 2021, el PLANAA

* PARA **2021** EN EL PLANAA SE ESPERA QUE EL 50% DE LAS CUENCAS HIDROGRÁFICAS MANEJEN DE MANERA SOSTENIBLE LOS RECURSOS HÍDRICOS PRIORIZANDO LA CONSERVACIÓN DE CUENCAS.

espera que el 25% de las áreas agrícolas bajo riego utilicen sistemas sostenibles de riego y mejoran la disponibilidad de agua.

La **calidad del aire** es otro desafío que tiende a agravarse en las ciudades del país, especialmente con el crecimiento económico y con el aumento del parque automotor. Sólo por exposición al material particulado, en Lima mueren más de 6,000 personas por año y los gastos de salud por dicha exposición representan un aproximado de US$ 300 millones de dólares[168]. Se estima que la contaminación urbana del aire acarrea costos de 0.9% del PBI, los cuales inciden en mayor medida en las zonas de mayor pobreza (entre 75-300% adicionales)[169].

En el tema de **deforestación,** un área de importancia creciente es proteger los bosques primarios. Otra acción estratégica del PLANAA es reducir la tasa de deforestación[170] de bosques primarios, impulsando su conservación y aprovechamiento sostenible. La meta para PLANAA al 2021 es reducir en 100% de las emisiones de GEI respecto al año 2000, generadas por el uso del suelo, cambio de uso del suelo y silvicultura (USCUSS). Asimismo, se espera poder incorporar el 100% de bosques identificados como no categorizados, en el marco del ordenamiento forestal vigente; y, finalmente, reducir en 100% de la tasa anual promedio de deforestación del periodo 2000-2021. Asimismo, en el PLANAA se quiere impulsar la forestación y reforestación a nivel nacional como un medio para mejorar, aplicar o crear la provisión de servicios ambientales, y se espera que para el 2012 haya una forestación y reforestación en 100% de las zonas priorizadas.

Ante el declive de los **recursos hidrobiológicos,** lograr el manejo racional de estos recursos se hace cada vez más urgente. El PLANAA busca impulsar la pesca responsable, contribuyendo a la conservación de los ecosistemas marino- costeros. De esta manera, la meta para el 2021 en el PLANAA es que el 100% de los desembarques pesqueros cumplan con la talla mínima de captura de especies marino – costeras. En segundo lugar, se busca impulsar la acuicultura sostenible para contribuir a la conservación de los recursos hidrobiológicos y al desarrollo económico del país. Lo que se pretende lograr en el PLANAA es que para 2021 el 40% de la producción acuícola sostenible, principalmente con especies nativas, cuente con certificación.

Las **brechas en el porcentaje de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento** no podrán cerrarse si no se diseñan políticas e instrumentos para atender específicamente la complejidad de la problemática rural. Las características geográficas y de dispersión de las poblaciones generan situaciones de vulnerabilidad particulares. Se requiere del diseño de soluciones adecuadas que sean compatibles con las políticas públicas de carácter inclusivo, que se enmarquen y contribuyan a una intervención del Estado, más articulada, focalizada, multisectorial e intergubernamental, destinada a reducir las brechas de pobreza, desigualdad, vulnerabilidades y riesgos sociales en los ámbitos rurales. Es necesario explorar alternativas tecnológicas que atiendan de la manera más óptima a estas poblaciones y que puedan replicarse en distintos ámbitos geográficos.

Finalmente, un desafío emergente para el cumplimiento de los objetivos a 2015 en agua y saneamiento es el aparente **reajuste de metas** por el actual gobierno, que podría involucrar menores logros en el ámbito rural que los considerados anteriormente. Hasta julio de 2011 las metas establecidas para el año 2015 correspondían al Plan Nacional de Saneamiento 2006-2015, el que a su vez había sido elaborado con metas vinculadas al cumplimiento de los ODM al 2015 y consideraba alcanzar 82% de cobertura del agua potable y 77% de servicios de saneamiento. Sin embargo, desde el Ministerio de Vivienda se han anunciado distintas metas de cobertura a 2015:[171] en el ámbito urbano, cobertura en agua potable de 91.5%, saneamiento 87% y tratamiento de aguas servidas de 72.2% (En ámbitos urbano), y para el ámbito rural: cobertura de agua potable 54.8% y saneamiento 41.8%.

Con respecto a **vivienda**, como se ha mencionado, la demanda por nuevas unidades de vivienda ha seguido aumentando a una tasa superior al crecimiento de la población. En los próximos años, se espera que esta tendencia continúe, favorecida por el crecimiento económico general, el crecimiento de la clase media, y por mayores facilidades para el financiamiento privado y público-privado, entre otros aspectos. Si no se implementan nuevas medidas, el déficit de vivienda crecerá en los próximos años, especialmente en las principales ciudades y en particular con respecto a los sectores de menores ingresos.

[168] Consejo Nacional de Ambiente, Costos de la gestión de la calidad del aire. Lima, 2006.

[169] Banco Mundial, Estudio Análisis Ambiental del Perú. Lima, 2006.

[170] La definición metodológica debe incluir formas de ponderar en este concepto, la degradación de los bosques.

[171] Presentación del Ministro del MVCS a la Comisión de Vivienda y Construcción del Congreso de la República. Lima, 5 de Setiembre de 2011.

ODM 8

FOMENTAR
UNA ALIANZA MUNDIAL
PARA EL DESARROLLO

SITUACIÓN
DE UN VISTAZO

La primera meta de este ODM, desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas previsibles y no discriminatorias, ha sido cumplida en tanto el grado de apertura de la economía ha aumentado significativamente entre 2000 (0.34) y 2011 (0.54). Asimismo, el intercambio comercial de bienes y servicios se incrementó en 36.2% entre 2008 y 2011. Además del papel de los actores privados, este crecimiento del comercio internacional está sustentado en diversas políticas de apertura económica e integración y liberalización comercial implementadas de manera estable desde el Estado en la última década.

En cuanto a la atención a las necesidades especiales de cooperación internacional de los países en desarrollo, el Perú atraviesa un período de transición. A raíz del crecimiento económico, desde 2009 es formalmente un país de renta media-alta, y los flujos de cooperación oficial muestran una tendencia decreciente, con una disminución de 63% entre 2005 y 2010. Sin embargo, actualmente se vienen impulsando nuevas modalidades de cooperación como sur-sur y triangular, para posicionar al Perú como país cooperante emergente.

El crecimiento económico y el manejo macroeconómico y fiscal responsable han sido factores clave para lograr abordar en todas sus dimensiones los problemas de la deuda a fin de hacerla sostenible a largo plazo, y en los últimos años la deuda externa ha dejado de ser un problema que pueda obstaculizar el desarrollo del país y la lucha contra la pobreza. La deuda externa ha aumentado poco, con un incremento de 4.3% entre 2008 y 2011, y como porcentaje del PBI se ubicó en 11.8% en 2011, comparada con 15.2% en 2008. En este aspecto, sin embargo, cabe mencionar como desafío persistente la reducida presión tributaria en el país, que crea riesgos de sostenibilidad de equilibrio fiscal y financiero en el largo plazo.

El Estado peruano ha hecho importantes esfuerzos en la última década para facilitar el acceso de los ciudadanos a los medicamentos, en particular mujeres y niños, y personas que padecen de cáncer y VIH – SIDA. Entre otras medidas, desde 2001 se ha exonerado de aranceles y del pago del Impuesto General a las Ventas a los medicamentos oncológicos y de tratamiento del VIH – SIDA. Con esto, se ha facilitado el acceso a los medicamentos a precios razonables a través del sector público, que canaliza el 37.2% de los medicamentos a sus usuarios, aunque ello no necesariamente se ha reflejado en una disminución del precio de los medicamentos para el resto de consumidores por falta de apoyo de las empresas farmacéuticas.

En coordinación con la inversión privada, se ha logrado dar mayor acceso a los beneficios →

de las nuevas tecnologías, en particular los de las tecnologías de la información y de las comunicaciones, aunque aún haya mucho por avanzar en términos de acceso y cobertura equitativos para las poblaciones más pobres. El número de líneas telefónicas fijas por cada 100 habitantes aumentó en 64.2% entre 2000 y 2011, y el avance ha sido incluso mayor en las líneas móviles por cada 100 habitantes, donde el aumento entre 2004 y 2011 fue de 631% para llegar a 108, es decir, más de una por habitante en promedio. Como en otros temas, sin embargo, las brechas persistentes son significativas: en Lima y Callao en 2011 existían 146.7 líneas móviles por cada 100 habitantes, pero en Huancavelica solo 28.7.

El acceso a Internet también ha crecido sostenidamente, con un aumento de 112.6% en el número de abonados entre 2008 y 2011. A 20112012, 16.422.1% de los hogares contaba con servicio de Internet y 25.432.6% con computadoras personales.

Fotografía: Antonio Escalante / Proyecto MST-Apurímac / MINAM / PNUD / GEF

El ODM 8 fue concebido como un objetivo en el cual, a diferencia de los siete ODM anteriores, la responsabilidad del cumplimiento no es exclusivamente de los países en desarrollo sino compartida por todos los firmantes de la Declaración del Milenio. Es en este sentido que se alude a una alianza mundial para el desarrollo. Asimismo, en las metas relacionadas con medicamentos y nuevas tecnologías, se alude a la necesidad de formar alianzas con actores privados.

META 8A: DESARROLLAR AÚN MÁS UN SISTEMA COMERCIAL Y FINANCIERO ABIERTO, BASADO EN NORMAS PREVISIBLES Y NO DISCRIMINATORIAS

Tendencias nacionales de avance. Entre 2008 y 2011 el país continuó su proceso de apertura comercial, que se ha visto reflejado en un mayor intercambio comercial con distintos países del mundo. Este intercambio pasó de 69,862 millones de dólares en 2008 a 95,167 millones de dólares en 2011, un incremento de 36.2%. El avance es especialmente significativo al comparar la última cifra con los 18,170 millones de dólares en 2000: el avance en todo el período 2000-2011 fue de 423.8%.

Los acuerdos comerciales que mantiene vigente el Perú son numerosos. Por un lado, en cuanto a acuerdos regionales, el Perú participa en la Comunidad Andina (CAN) en acuerdos relacionados con la desgravación arancelaria al comercio de bienes y la liberalización subregional de mercados de servicios, entre otros aspectos. Además, el Perú es un país asociado del Mercosur. La pertenencia a estos y otros acuerdos genera oportunidades no solo comerciales sino también para fomentar la cooperación sur-sur, así como la creación de mejores mecanismos para facilitar el empleo y la coordinación de metas. En cuanto a acuerdos multilaterales, el Perú es miembro de la Organización Mundial de Comercio (OMC), del Foro de Cooperación Económica del Asia-Pacífico (APEC), y tiene un largo listado de acuerdos comerciales bilaterales con países como Estados Unidos, Corea del Sur, Japón y China. Se estima que a fines de 2013 el Perú tendrá firmados 20 tratados de libre comercio (TLC). [172]

Con referencia al grado de apertura de la economía del país, indicador que da cuenta de la participación de las exportaciones e importaciones de bienes y servicios en relación al PBI, ha sufrido una ligera baja de 0.55 en 2008 a 0.54 en 2011. Esto se debe principalmente a la crisis económica internacional, y ha determinado que el Estado peruano priorice inversiones y fortalezca el mercado interno, para generar un clima de confianza y propicio para continuar con el crecimiento económico.

Entre 2008 y 2011, las exportaciones crecieron en 51.5%, mientras que las importaciones aumentaron en 26.8% **(ver Gráfico 48).**

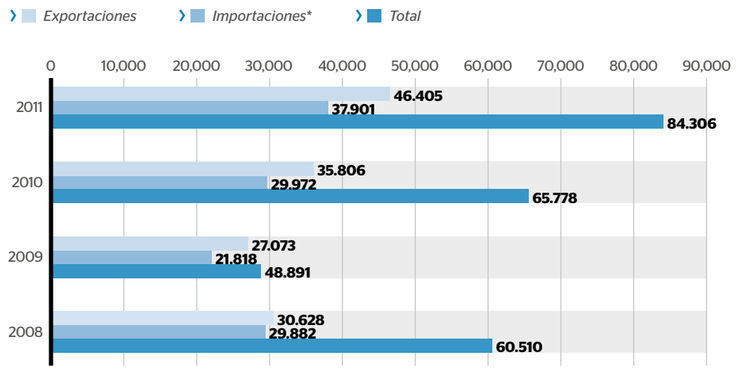
Entre 2008 y 2011 las exportaciones per cápita de bienes y servicios crecieron en 41.4%, pasando de 1.196 dólares, en el primer año, a 1.692 dólares, en el último, cifra record alcanzada por el país **(ver Gráfico 49).**

China fue el principal **país de destino** de las exportaciones peruanas en 2011, con una participación del 15% del total, relegando a un segundo lugar a los Estados Unidos (13%), país que tradicionalmente ha sido el primer destino. Le siguen, en orden de importancia, Suiza (12.8%), Canadá (9.1%) y Japón (4.7%), en la lista de los cinco más importantes países de destino de las exportaciones.

Las **exportaciones tradicionales** representaron el 78% del total de las exportaciones peruanas en 2011, porcentaje superior al 75.6% registrado en 2008. En este período de tiempo, las exportaciones tradicionales se incrementaron en 56.4%, destacando las exportaciones agrícolas, que crecieron en 148%. No obstante ello, las exportaciones de productos mineros y de petróleo, gas natural y derivados representaron el 69.9% de las exportaciones peruanas en 2011, frente al 4.5% de los productos pesqueros, 3.6% de los productos agrícolas y 22% de los productos no tradicionales.

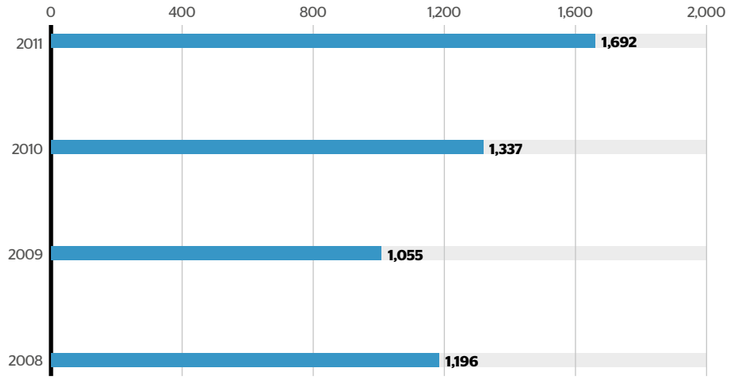
Por su parte, las **exportaciones no tradicionales** representaron el 22% del total de las exportaciones de bienes en 2011, porcentaje inferior al 24.4% registrado en 2008. En este periodo de tiempo, las exportaciones no tradicionales crecieron en 36.4%, incremento importante, pero menor al que registraron las exportaciones tradicionales, lo que explica la disminución de su importancia relativa.

GRÁFICO Nº 48
Inserción en la economía internacional (millones US$)



Fuente: Elaboración propia, datos: MINCETUR.

GRÁFICO Nº 49
Exportaciones per cápita (en US$)



Fuente: Elaboración propia, datos: MINCETUR.

La exportación de productos agropecuarios (6.1%) sigue siendo la más importante dentro de las exportaciones no tradicionales. Entre 2008 y 2011, la exportación de estos productos creció en 51.3%. Les siguen en orden de importancia los productos pesqueros, cuya exportación aumentó en 68.4% entre el 2008 y 2011.

Los productos químicos también han tenido un crecimiento importante (61.2%), destacando la exportación de lacas, colorantes, ácido sulfúrico, óxido de zinc, carmín de cochinilla y placas y láminas de plástico. En cambio, la exportación de textiles y productos madereros disminuyó. Los demás productos no tradicionales registran un incremento importante, aunque su importancia en la estructura de exportaciones es bastante menor. Por ejemplo, la exportación de productos siderúrgicos creció 29.6% entre el 2008 y 2011, pero su importancia relativa en la estructura de las exportaciones de productos tradicionales y no tradicionales se redujo en 0.3%.

En los últimos años, ante el lento avance de la Ronda de Doha para liberalizar el comercio mundial, han proliferado los **acuerdos comerciales**, bilaterales y regionales, en todo el mundo, sobre todo entre países y bloques comerciales que aspiran a construir una relación comercial mutuamente beneficiosa. El Perú no ha estado exento de este proceso y ha puesto en marcha una estrategia de articulación e integración comercial con distintos países del mundo, siendo ello un pilar de su política de comercio exterior.

En este marco, se han firmado acuerdos comerciales o tratados de libre comercio (TLC) con distintos países y bloques comer-

[172] Diario El Peruano, Perú terminará este año con 20 TLC firmados. Lima, 8 de abril de 2013.

Fotografía: SNU

ciales que han profundizado la integración económica y comercial del Perú. Antes de 2008, el Perú firmó 7 acuerdos comerciales: con la Comunidad Andina de Naciones, la Organización Mundial de Comercio, el Foro de Cooperación Económica Asia-Pacífico - APEC, Cuba, el MERCOSUR, EE.UU. y Chile. Entre el 2008 y 2011 se firmaron 13 acuerdos comerciales: con Singapur, Canadá, China, EFTA (o AELC), Tailandia, Corea del Sur, México, Japón, Panamá, Costa Rica, Guatemala, Unión Europea y Venezuela. En total, se han firmado acuerdos comerciales con 14 países y 6 bloques comerciales, siendo este un indicador claro del grado de apertura comercial del país.

En 2007 y 2008 se destinaron 7.86 millones de dólares de la Ayuda Oficial al Desarrollo para apoyar la capacidad comercial del país. En 2011, este monto se redujo a 1.53 millones de dólares, lo que equivale a una diminución de 80.5%. Esta caída, sin embargo, no ha afectado el desarrollo de la capacidad comercial del país que, como hemos visto, ha tenido un incremento significativo en los últimos años. ●

TABLA N° 14

Acuerdos comerciales firmados por el Perú al 2011		
Año	**Países**	**Nº de Acuerdos Comerciales o TLC**
Antes de 2004	CAN, OMC, APEC, Cuba	4
2004	---	---
2005	Mercosur	1
2006	EEUU, Chile	2
2007	---	---
2008	Singapur, Canadá	2
2009	China	1
2010	EFTA (o AELC), Tailandia	2
2011	Corea, México, Japón, Panamá, Costa Rica*, Guatemala*	6
2012	Unión Europea*, Venezuela*	2
	Total	**20**

› *Fuente: Elaboración propia, datos: MINCETUR*

* CHINA FUE EL PRINCIPAL PAÍS DE DESTINO DE LAS EXPORTACIONES PERUANAS EN 2011, CON UNA PARTICIPACIÓN DEL 15% DEL TOTAL, RELEGANDO A UN SEGUNDO LUGAR A LOS ESTADOS UNIDOS (13%)

META 8B: ATENDER LAS NECESIDADES ESPECIALES DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL DE LOS PAÍSES EN DESARROLLO

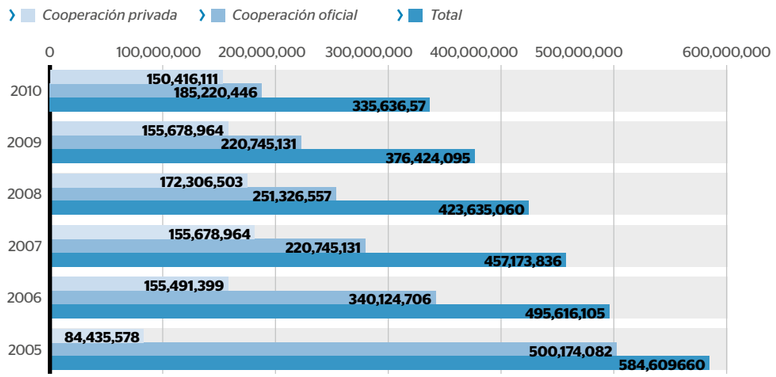
Tendencias nacionales de avance. Hasta inicios de los años 2000, Perú fue uno de los países prioritarios en América Latina para recibir fondos de cooperación internacional no reembolsable (CINR). En 2005 se ejecutaron US$ 584.6 millones, pero luego estos montos decrecieron, registrando para 2010 un total de US$ 335.6 millones, lo que representa una disminución de 42.6%.

Los montos de cooperación que se han reducido han sido los que provienen de la Cooperación Oficial, es decir de origen bilateral de estado a estado, o de origen multilateral que proviene de alguna entidad multinacional (Banco Mundial, BID, PNUD u otros). Estos fueron de $ 500'174,082 millones de dólares en 2005, y han pasado ahora ser de $ 185'220,446 millones de dólares en 2010, es decir en cinco años se ha reducido en un 62.96% en total.

La cooperación no oficial, por el contrario ha aumentado en estos años, en 2005 recibió US$ 84.4 millones; y en 2010 un total de US$ 150.4 millones; lo que representa un incremento del 78%. Esto se puede explicar ya que en los últimos años muchos países donantes han comenzado a canalizar recursos bajo la modalidad de cooperación descentralizada (cooperación que brindan Estados Sub-nacionales de los países del norte) a ONG y otras entidades privadas. En otros casos, muchos donantes han orientado sus recursos por las ONG para que estas brinden asistencia técnica especializada para fortalecer capacidades y competencias al Estado. Este incremento de montos hace que la cooperación privada sea un actor relevante para la estructura de cooperación en el país, pero los montos son mucho menores a los recursos que provienen de origen oficial de Estado a Estado.

Entre los principales donantes de CINR, en los últimos años la cooperación oficial española ha aumentado de manera sustancial y se ubicó como el principal donante en 2010 con $ 82.8 millones. De otro lado la cooperación norteamericana ha sufrido una reducción del 24.8% de 2008 a 2010, y esto se explica en gran medida por el retiro de cooperación orientada a la lucha contra las drogas.

GRÁFICO Nº 50
CINR años 2005 - 2010 (millones US$)



› *Fuente: Elaboración propia, datos: MINCETUR.*

* 42.6% DE DISMINUCIÓN EN FONDOS DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL NO REEMBOLSABLE ENTRE 2005 Y 2010.

Fotografía: SNU

Los montos de cooperación que se ejecutan en los últimos años se han venido reduciendo como se observa en la tabla 15, aunque países como España han mantenido sus niveles de cooperación. Bélgica ha sido el único donante que de forma permanente ha incrementado los recursos, pasando de $ 6.1 millones de dólares en 2008, a $ 14.9 millones en 2010, un crecimiento de 143.54%.

Por otra parte, Argentina, Brasil, Colombia y México son los principales cooperantes sur-sur con el Perú, ya que de forma permanente han brindado de 2008 a 2011 acciones de apoyo al país. Las acciones han estado orientadas a fortalecer capacidades en temas ganaderos, políticas de salud, educación rural, ambiental y tecnología. Entre los principales países a los que el Perú ofrece cooperación están El Salvador, Guatemala, Colombia, Tailandia y Paraguay. Los principales temas de cooperación son agrícolas y pesqueros.

TABLA N° 15

Principales cooperantes 2008 – 2011 – Montos ejecutados (Millones US$)			
País	**2008**	**2009**	**2010**
España	83,588,692	82,490,488	82,824,413
Estados Unidos de América	100,525,477	65,381,386	75,569,603
Alemania	30,926,575	29,750,143	19,287,839
Suiza	20,588,973	23,128,789	18,483,919
Italia	20,553,498	12,688,557	15,215,619
Bélgica	6,124,711	11,682,846	14,916,506
Países Bajos	20,612,097	16,982,607	14,697,327
Canadá	12,296,126	14,180,946	12,287,152
Unión Europea	32,924,331	37,313,038	11,371,455
Japón	8,572,227	8,662,993	9,037,048
Otros	32,655,102	26,128,021	24,309,442
Total	**369,367,808**	**328,389,813**	**298,000,322**

Fuente: Elaboración propia, datos: APCI

*
EN LOS ÚLTIMOS AÑOS LA COOPERACIÓN OFICIAL ESPAÑOLA HA AUMENTADO DE MANERA SUSTANCIAL Y SE UBICÓ COMO EL PRINCIPAL DONANTE EN 2010 CON US$ 82.8 MILLONES.

META 8C: ABORDAR EN TODAS SUS DIMENSIONES LOS PROBLEMAS DE LA DEUDA DE LOS PAÍSES EN DESARROLLO CON MEDIDAS NACIONALES E INTERNACIONALES A FIN DE HACER LA DEUDA SOSTENIBLE A LARGO PLAZO.

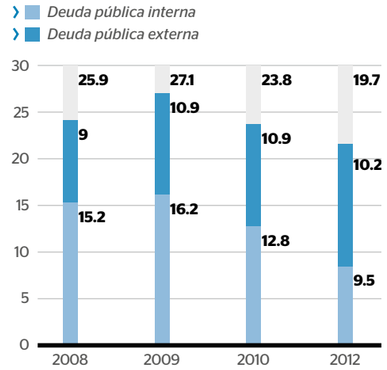
Tendencias nacionales de avance. Se ha logrado que la deuda sea sostenible en el largo plazo, y en los últimos años la deuda externa ha dejado de ser un problema que pueda obstaculizar el desarrollo del país y la lucha contra la pobreza. En 2005, el servicio de la deuda equivalía al 26.8% del presupuesto público total, porcentaje que se redujo a 12.9%, en 2011. En este mismo periodo, el servicio de la deuda pública total como porcentaje del PBI bajó de 7.6% a 1.9%.

La deuda pública total aumentó en 23%, pasando de $ 30,630 millones de dólares, en 2008, a $ 37,665 millones de dólares en 2011, debido principalmente al endeudamiento interno, que creció en 54.4% (pasando de $ 11,303 millones de dólares, en 2008, a $ 17,591 millones de dólares, en 2011). La deuda externa, por su parte, prácticamente se ha mantenido en el mismo nivel, pasando de $ 19,237 millones de dólares, en 2008, a $ 20,074 millones de dólares, en 2011, lo que equivale a un incremento de 4.3%

La deuda pública total, como porcentaje del PBI, pasó de 25.9% en 2008 a 19.7%, en 2012. Este porcentaje es significativamente menor al 39.3% registrado en 2005 y, más aún, al 47% del 2002. También es significativamente más bajo que el 48.8% de promedio que registran los países de América Latina y el Caribe.

En 2005, el número de años promedio de la deuda pública era de 8.4 años (8.5 años en la deuda externa y 8.2 años en la deuda interna). En 2010, el número de años promedio de la deuda pública se incrementó a 13.4 años (12.1 años en la deuda externa y 15.6 años en la deuda interna).

GRÁFICO Nº 51
Deuda pública en % del PBI 2008 - 2012



Fuente: Elaboración propia, datos: MEF.

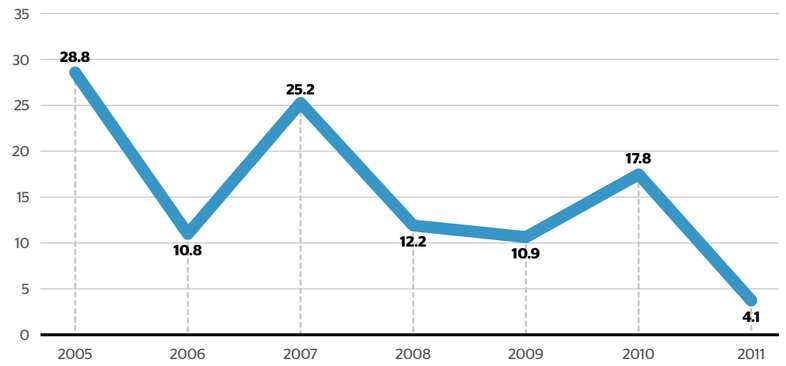
Asimismo, entre 2008 y 2011, la composición del saldo de deuda pública pactada a interés fijo pasó del 61% a 78.2%, en el caso de la deuda externa, y del 73% a 76.6%, en el caso de la deuda interna. El 77.5% de la deuda pública total en 2011 estaba pactada a interés fijo, porcentaje significativamente superior al 65.5% registrado en 2008, lo que permite una mayor predictibilidad del pago en el mediano y largo plazo.

La mayor parte de la deuda externa se mantiene en dólares. Entre 2008 y 2011, la composición de la deuda externa en dólares creció de 68% a 78.8%. El resto se mantiene en soles (10.2%), yenes (8.8%) y otras monedas (2.2%). En el caso de la deuda interna, el 99.1% se mantiene en moneda nacional, porcentaje similar al registrado en 2008. La composición de la deuda pública total en soles creció de 36.8%, en 2008, a 51.7%, en 2011; mientras que la composición de la deu-

*
EN
2005
EL SERVICIO DE LA DEUDA EQUIVALÍA AL 26.8% DEL PRESUPUESTO PÚBLICO TOTAL, PORCENTAJE QUE SE REDUJO A 12.9%, EN 2011.

Fotografía: Antonio Escalante / Proyecto MST-Apurímac / MINAM / PNUD / GEF

GRÁFICO Nº 52
Servicio de deuda externa como % de las exportaciones



Fuente: Elaboración propia, datos: BCRP

da en dólares bajó de 43.1% a 42.4%, en el mismo periodo. La deuda en otras monedas es significativamente menor y, en el caso del euro, se redujo a cero.

La estructura de la deuda pública se ha modificado al compás de estos cambios. La participación de la deuda pública interna no sólo ha continuado creciendo sino se ha acercado en el monto a la que registra la deuda externa. El 84.2% de la deuda interna (39.3% de la deuda total) proviene de los bonos emitidos por el tesoro público, cuyo monto se incrementó en 47.3% entre el 2008 y el 2011.

En el caso de la deuda externa, ha decrecido la participación de la deuda con el Club de París y con los organismos internacionales y se ha incrementado la participación de los bonos soberanos y globales, debido al prepago de la deuda con organismos internacionales y al intercambio, recompra y colocación de bonos con vencimiento en el mediano y largo plazo. La principales fuentes de esta deuda; sin embargo, siguen siendo los bonos soberanos y globales (46.4% o 24.8 de la deuda total) y la contraída con organismos internacionales (40.2% o 21.4% de la deuda total).

El servicio de la deuda asimismo mantiene una tendencia a la baja en relación al total de las exportaciones. En 2008, el servicio de deuda externa equivalió al 12.2% de las exportaciones, cifra que bajó a 4.1% en 2011, debido al rol activo de la administración de la deuda en los últimos años **(Gráfico 52).** En relación al 2005, hubo una disminución de 24.7% en el valor registrado por este indicador. ●

META 8D: EN COLABORACIÓN CON LAS EMPRESAS FARMACÉUTICAS, FACILITAR EL ACCESO A LOS MEDICAMENTOS A PRECIOS RAZONABLES, EN LOS PAÍSES EN DESARROLLO.

Tendencias nacionales de avance. El 62.7% de los medicamentos en el Perú son canalizados por el sector privado, principalmente a través de cadenas (30.2%) y boticas (26.5%). La Seguridad Social (o ESSALUD), por el lado del sector público, canaliza uno de cada cuatro medicamentos en el país y el Ministerio de Salud uno de cada diez (Tabla 16). Entre 2008 y 2011, ha crecido la participación del sector público y ha decrecido la participación del sector privado en la canalización de medicamentos, pero este último sigue controlando la mayor parte del mercado de medicinas y, sobre todo, tiene control sobre los precios.

Según la ENAHO 2011, el 23% aproximadamente de las personas que buscaron atención para consultar por una enfermedad, síntoma, malestar y/o accidente, aún no concluye el tratamiento y el 1.5% aproximadamente reportó que el problema de salud por el que buscó atención no se solucionó por no contar con dinero para adquirir los medicamentos. La ausencia de mecanismos reguladores efectivos contribuye a la existencia de diferencias significativas entre los precios de los medicamentos distribuidos por el sector público y el privado. Esta situación no ha variado en los últimos años.

El acceso a los medicamentos es muy desigual. Un sector importante de la población accede a medicamentos a través del seguro de salud. Entre 2000 y 2011, la cobertura del seguro de salud pasó del 32.3% al 64.5% de la población. Este crecimiento se ha basado principalmente en el aumento del Seguro Integral de Salud (SIS), que cubre al 36.1% de la población, lo que equivale a poco más de la mitad de asegurados (alrededor de 11 millones de personas), en su mayoría en situación de pobreza.

Sin embargo, entre 2008 y 2011 disminuyó el porcentaje de personas en situación de pobreza afiliadas al SIS que se atendieron en la red de salud pública y tuvieron acceso gratuito a medicamentos. En el primer nivel de atención (puestos y centros de salud), el porcentaje de acceso gratuito a medicamentos pasó de 85.4% a 82.3%. En el segundo nivel, conformado por la red hospitalaria, el acceso cayó de 55.4% al 47.5%. En la población urbana, el acceso gratuito a medicamentos bajó de 75.9% al 70%, en el primer nivel de atención, y de 52.6% a 46.9%, en el nivel hospitalario. En la zona rural, se redujo de 88.7% a 87.2%, en el primer nivel de atención, y de 61.3% a 49.5% en la red hospitalaria. Esta caída no se debe necesariamente a un menor número de personas atendidas, sino que puede relacionarse con el incremento de la cobertura del SIS.

TABLA N° 16

Medicamentos canalizados a través de los sectores público y privado (%)

Organismos / Sectores	Año			
	2008	2009	2010	2011
Sector Público	**30.2**	**36.2**	**40.0**	**37.2**
ESALUD	21.5	21.6	26.0	26.2
MINSA	8.1	14.2	13.4	10.8
MINDEF	0.4	0.3	0.4	0.2
MININTER	0.2	0.1	0.1	0.1
Gobiernos locales	0.0	0.0	0.1	0.0
Sector Privado	**69.8**	**63.8**	**60.0**	**62.7**
Cadenas	34.5	32.2	30.9	30.2
Boticas	28.6	25.4	23.3	26.5
EPS	6.7	6.2	5.8	6.0
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**

Fuente: MINSA – DIGEMID

* **16.6%**

DE LAS PERSONAS QUE ACUDIERON A UNA CONSULTA MÉDICA NO CONCLUYÓ EL TRATAMIENTO CON LAS MEDICINAS Y EL 3.1% REPORTÓ NO HABER ADQUIRIDO LOS MEDICAMENTOS RECETADOS POR EL MÉDICO.

Fotografía: Antonio Escalante / Proyecto MST-Apurímac / MINAM / PNUD / GEF

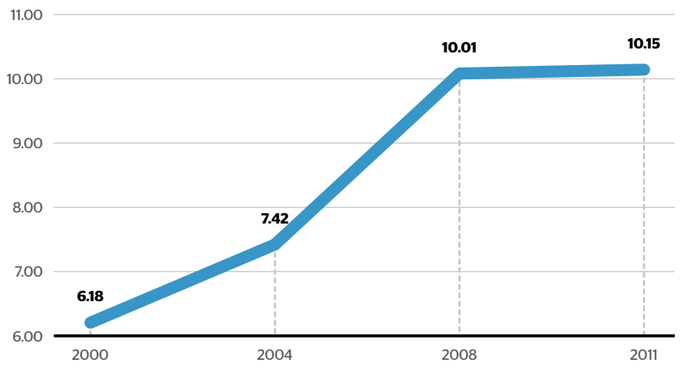
META 8E: EN COOPERACIÓN CON EL SECTOR PRIVADO, DAR ACCESO A LOS BENEFICIOS DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS, EN PARTICULAR LOS DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y DE LAS COMUNICACIONES

Tendencias nacionales de avance. En 2011 existían 10.15 **líneas telefónicas fijas** por cada 100 habitantes, crecimiento lento se compara con 2008, donde fueron 10.01 líneas telefónicas fijas por cada 100 habitantes. Pero si se contrasta con el año 2000 pero si lo contrastamos con el 2000, se observa un incremento de 64.24%. El estancamiento reciente en los avances está relacionado con el crecimiento de la telefonía móvil, que en muchos casos viene sustituyendo a la fija.

Aunque en los últimos cuatro años ha sido lento el crecimiento de la telefonía fija en términos generales, si se analiza por el nivel cobertura del servicio a nivel en los distritos del Perú, podemos notar que en 2008 se llegaba sólo al 48.3% de estos, mientras que al 2010 se estaba cubriendo el 76.8% de todos los distritos (1,402 municipios distritales). Este avance es muy importante porque las comunicaciones están cumpliendo su labor de ser un medio para lograr la inclusión social. En los casos de Huancavelica y Amazonas, regiones con altas tasas de pobreza, se ha logrado un incremento en el acceso de 135.8% y 42.3% respectivamente en comparación al año 2000.

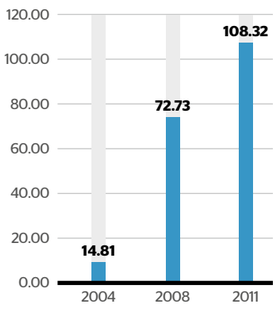
El acceso a la **telefonía pública** ha tenido un leve incremento a 2011, con 7.19 líneas por cada 100 habitantes, mayor en 5% a 6.85 lineas por cada 100 habitantes de 2008. Sin embargo, es inferior al aumento registrado entre 2004 y 2008, que fue de 31.6%. En muchos casos la menor tasa de ampliación de cobertura este servicio esta vinculada al crecimiento de la telefonía móvil, que cada vez tiene más penetración a nivel nacional.

GRÁFICO Nº 53
Número de líneas fijas por cada 100 habitantes



› *Fuente: Elaboración propia, datos: MTC*

GRÁFICO Nº 54
Número de líneas móviles por cada 100 habitantes



› *Fuente: Elaboración propia, datos: MTC.*

Aunque la tendencia en los últimos años ha mostrado un bajo crecimiento de este servicio, es importante recordar el 9.84% de la población que lo recibe vía satelital, mecanismo por el cual se integra las poblaciones más alejadas y de difícil acceso; lo que va en sintonía con la actual política del sector que busca desarrollar la telecomunicaciones como elemento central para el proceso de desarrollo e inclusión.

El acceso a la **telefonía móvil** ha tenido un avance muy significativo, y para 2011 existían 108.32 líneas móviles por cada 100 habitantes, lo que significa un incremento de 48.94% frente a 2008, donde sólo habían 72.73 líneas móviles por cada 100 habitantes. Si comparamos el número de líneas de 2011 con el de 2004, este se ha incrementado en un 631.4%.

TABLA N° 17

Acuerdos comerciales firmados por el Perú al 2011				
Año	Año			
	2008	2009	2010	2011
Número de usuarios de internet por cada 100 habitantes	30.6	31.4	34.8	36.5

› *Fuente: Elaboración propia, datos: MTC tomado del UIT*

Este crecimiento de acceso a líneas móviles se puede también evidenciar a nivel de regiones, donde en todos los casos se ha incrementado de manera sostenida desde 2004. En Lima y Callao para 2011 existían 146.67 líneas por cada 100 habitantes, a diferencia de 2004 donde existían sólo 30.17, un incremento de 386.14%. Aumento similar, pero desde un punto de partida muy distinto, ocurrió en Huancavelica, que en 2004 contaba con 0.46 líneas por 100 habitantes y ahora llega a 28.74.

Según datos de la IUT (Unión Internacional de Telecomunicaciones, organismo de las Naciones Unidas para las tecnologías de la información y la comunicación – TIC), el 36.5% de peruanos eran usuarios de internet en 2011, lo cual es un incremento considerable ya que en 2008 sólo alcanzaba el 30.6%, en 2004, 14.10% y en 2000, sólo el 3.08% de la población.

En el caso peruano se debe distinguir entre acceso y usuarios, ya que según datos el acceso todavía es reducido, mientras el número de usuarios es mucho mayor, esto se debe al uso de cabinas públicas con lo cual las personas se encuentran conectadas en forma permanente. Pero la tendencia es que el lugar de conexión se traslade paulatinamente al hogar, aunque también viene creciendo el acceso a internet móvil.

De otro lado, si vemos el dato por hogares según la ENAHO, entre 2008 y 2012 se registró un crecimiento de 13.5 puntos porcentuales, ya que en 2012 se cuenta con un 22.1% de hogares con servicio de internet, frente a 8.6% en 2008

A pesar de avances acelerados, las brechas siguen siendo amplias. Aunque el acceso a la telefonía móvil se ha incrementado sustancialmente, las cifras de ENAHO sobre el acceso por familia revelan una gran brecha de acceso entre la población urbana y rural, ya que para el 2012 en la zona urbana el 90.7% de los hogares cuentan con telefonía móvil, mientras sólo 64.3% en las zonas rurales. Las regiones de mayor pobreza han tenido avances notables, pero las diferencias entre el acceso en ellas y las áreas líderes a nivel nacional son abismales: en Lima y Callao es cinco veces mayor que en Huancavelica. ●

* EN **2011** EXISTÍAN 10.15 LÍNEAS TELEFÓNICAS FIJAS POR CADA 100 HABITANTES, CRECIMIENTO LENTO SI SE COMPARA CON 2008, DONDE FUERON 10.01 LÍNEAS TELEFÓNICAS FIJAS POR CADA 100 HABITANTES.

Fotografía: Charles Ouvrard / UNICEF Perú

FACTORES CLAVE PARA EL PROGRESO EN EL ODM 8

Los logros en las tendencias de integración internacional son el resultado de más de quince años de apertura comercial, política de estado que se ha mantenido durante la última década. Esta política se ha basado, por un lado, en la liberalización comercial y, por otro, en la firma de acuerdos comerciales con distintos países y bloques comerciales. La crisis económica internacional afectó este proceso en 2009, año en que el intercambio comercial de bienes y servicios se redujo en 17.9%, debido a la caída de las exportaciones a Estados Unidos, China y Europa, pero se recuperó en el año siguiente, manteniendo una tendencia ascendente desde entonces.

La evolución de las cotizaciones internacionales de las exportaciones e importaciones afectó positivamente el índice de los términos de intercambio de comercio exterior del Perú, que pasó de 118, en 2008, a 142, en 2011 (1994 = 100). En particular, el Perú se ha beneficiado por los altos precios de los minerales en los mercados internacionales.

Es importante precisar que, en el actual contexto de crisis global muchos países de la región sudamericana han optado por fortalecer su mercado interno. En este contexto, el grado de apertura de la economía del Perú se ha mantenido por encima del promedio regional, que fue de 0.49 en 2010.

Se han dado los primeros pasos para **posicionar al Perú como cooperante sur-sur.** Luego de cuarenta años de ser un país receptor de la cooperación Internacional, el Perú se ha convertido oficialmente en país cooperante, aunque quede mucho por hacer para consolidar su posición como tal.

En este sentido, en el marco de la Política Nacional de Cooperación Técnica Internacional (PNCTI) aprobada por el Estado Peruano en noviembre de 2012, que define 5 resultados, del cual uno de ellos prioriza las acciones de cooperación sur-sur y triangular, para lo cual plantea las siguientes estrategias: i) Fortalecer las capacidades institucionales en el país para participar activamente en la Cooperación Sur – Sur y Cooperación Triangular; ii) Definir campos y temas de interés y/o beneficio mutuo para el intercambio de experiencias y desarrollo horizontal de aprendizajes; iii) Posicionar al Perú como país cooperante técnico, con la participación activa de los distintos sectores y niveles de gobierno; y, iv) Orientar recursos financieros y técnicos de los sectores y de los donantes tradicionales para apoyar las acciones de la Cooperación Sur - Sur y Cooperación Triangular. Esto define al Perú como un país dual, el cual recibe y al mismo tiempo oferta cooperación técnica en el marco de los procesos sur-sur y triangular.

LUEGO DE CUARENTA AÑOS DE SER UN PAÍS RECEPTOR DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL, EL PERÚ SE HA CONVERTIDO OFICIALMENTE EN PAÍS COOPERANTE, AUNQUE AÚN QUEDA MUCHO POR HACER.

Un aporte fundamental para afianzar al Perú como país cooperante sur-sur es el "Catalogo de Oferta Peruana de Cooperación Técnica Internacional" que fue publicado por la APCI en 2010, donde se define que la cooperación sur-sur está concebida como un tipo de cooperación intergubernamental que se realiza entre países de similares niveles de desarrollo[173]. En ese sentido, la acción de cooperante del Perú se orienta a compartir con otros

[173] Agencia Peruana de Cooperación Internacional, Catalogo de Oferta Peruana de Cooperación Técnica Internacional. Lima, 2011.

países emergentes la experiencia y conocimientos que se ha acumulado en las áreas en que la política de desarrollo ha tenido mayor éxito.

También se han definido las principales modalidades de implementación de este mecanismo: i) intercambio de información científica y tecnológica, ii) asesoría de corto plazo, iii) pasantías o entrenamiento laboral, iv) intercambio de expertos y docentes universitarios; y, v) capacitación a través de cursos de corta duración.

Con respecto a la **mayor sostenibilidad de la deuda,** los cambios en la administración del saldo de la deuda pública (interna y externa) y del servicio de la deuda externa, facilitados por el crecimiento del PBI y de las exportaciones, han permitido liberar recursos del tesoro público para reorientarlos a la inversión pública, la lucha contra la pobreza y el desarrollo social.

El menor peso de la deuda en términos del PBI se debió principalmente al incremento del PBI y a una mejor administración de la deuda en los últimos años, que incluyó el prepago del saldo de la deuda externa con organismos internacionales en diciembre del 2010, lo que ha permitido liberar recursos para la inversión pública y la política social, además de abaratar el costo de financiamiento. La administración de la deuda en los últimos años ha permitido mejorar su composición interna, caracterizada por mayores plazos de maduración, una creciente participación de tasas fijas y un incremento de la deuda pactada en moneda nacional.

Para **facilitar el acceso a los medicamentos,** el marco legal ha sido determinante. La Ley de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (Ley Nº 29459) ha establecido que la prescripción de medicamentos debe realizarse consignando obligatoriamente la Denominación Común Internacional (DCI) y que los profesionales de la salud autorizados del Sector Salud son responsables de realizar esta prescripción y dispensación de medicamentos en el marco del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales – PNUME. De este modo, se promueve el uso racional y se favorece el acceso a medicamentos esenciales en la población. Entre 2008 y 2011, esta práctica prácticamente se ha generalizado en los distintos niveles de la red de salud pública **(Tabla 18).**

Asimismo, desde el Estado se ha hecho un esfuerzo sistemático para incrementar la disponibilidad de medicamentos en los establecimientos del Ministerio de Salud. La disponibilidad de medicamentos en la red de salud pública es uno de los instrumentos esenciales para garantizar el acceso a los medicamentos a una mayor población. Entre el 2003 y 2008, la disponibilidad de medicamentos en los establecimientos del Ministerio de Salud pasó del 20% a 80.6%. En los últimos años, este crecimiento se ha estancado, debido, entre otras cosas, a la deficiente gestión de las compras corporativas y de las adquisiciones de medicamentos a nivel regional, a través de las direcciones regionales de salud.

Otra iniciativa importante ha sido la creación del Observatorio de Precios de Medicamentos, una herramienta orientada a reducir las asimetrías de información en el mercado de medicamentos, que favorecen a las empresas farmacéuticas, en perjuicio de los usuarios. Se promueve así la generación de una demanda informada y racional en la adquisición de medicamentos. Este Observatorio de Precios está contribuyendo a mejorar los niveles de acceso a medicamentos a través de la transparencia de información y de la reducción de barreras económicas.

Sin embargo, todas estas iniciativas se han llevado a cabo sin contar con la colaboración de las empresas farmacéuticas, que controlan la mayor parte del mercado de medicamentos en el país. Ello ha limitado el impacto en el conjunto de la población, que en muchos casos no accede a medicamentos debido principalmente a los precios altos.

En el campo de las **telecomunicaciones**, la política de desarrollo del sector ha estado centrada en la promoción de la inversión privada, la competencia y la reducción de brechas. En esta línea existen compromisos de inversión logrados por el gobierno peruano con las empresas privadas para expandir el número de líneas fijas y móviles a nivel nacional a fin de llegar a un 97 por ciento de cobertura a nivel nacional y un 100 por ciento de cobertura en telefonía móvil. Además, con el Plan de Red Dorsal de Fibra Óptica se busca dotar a todas las capitales de las provincias del Perú acceso a internet por medio de la fibra óptica.

Por otro lado, el Fondo de Inversión en Telecomunicaciones (FITEL), adscrito al Sector Transportes y Comunicaciones y con el Ministerio de Transportes y Comunicaciones como su Secretaría Técnica, es un fondo destinado a la provisión de acceso universal a un conjunto de servicios de telecomunicaciones esenciales, capaces de transmitir voz y datos. Asimismo, FITEL busca promover el acceso y uso de los servicios de telecomunicaciones en áreas rurales y lugares de interés social, para contribuir así al desarrollo socioeconómico del país.

Para ello, se proponen, articulan y difunden políticas; se planifican, formulan, cofinancian y supervisan proyectos de telecomunicaciones en su ámbito de intervención. Asimismo, se promueve la participación y alianzas con el sector privado para que se comprometan a diseñar y/o ejecutar actividades que coadyuven a la sostenibilidad de los Proyectos y/o Programas financiados con recursos de este fondo.

[174] Ver: Catalogo de Oferta Peruana de Cooperación Técnica Internacional. Elaborado por la Agencia Peruana de Cooperación Internacional. Lima – Perú, julio 2011. Pág. 27

*
EXISTEN COMPROMISOS DE INVERSIÓN LOGRADOS POR EL GOBIERNO PERUANO CON LAS EMPRESAS PRIVADAS PARA EXPANDIR EL NÚMERO DE LÍNEAS FIJAS Y MÓVILES A NIVEL NACIONAL.

TABLA N° 18

Prescripción de medicamentos con Denominación Común Internacional (DCI) en los establecimientos de salud: 2008 – 2011

Indicadores		Año			
		2008	2009	2010	2011
Prescripción de medicamentos en DCI en Hospitales	%	89.0	89.5	91.5	91.9
Prescripción de medicamentos en DCI en Centros de Salud	%	94.9	98.9	98.2	97.2
Prescripción de medicamentos en DCI en Puestos de Salud	%	95.7	99.3	98.1	98.2

Fuente: Elaboración propia, datos: MINSA - DIGEMID.

Fotografía: Antonio Escalante / Proyecto MST-Apurímac / MINAM / PNUD / GEF

BARRERAS Y DESAFÍOS EMERGENTES PARA EL ODM 8

Con respecto a la integración al sistema comercial y financiero, la experiencia de años recientes muestra que es importante complementar la estrategia de apertura de la economía y suscripción de acuerdos comerciales con el desarrollo del mercado interno si se desea mantener un crecimiento económico sostenido, incluso en tiempos de crisis global. La crisis financiera iniciada en 2008 aún no ha sido resuelta y puede volver a erigirse como barrera para el desarrollo de países como Perú.

Otro desafío es tener medidas de contingencia para escenarios de mediano y largo plazo donde los precios de los productos primarios de exportación sean menos favorables. Estas condiciones favorables, particularmente relacionadas con los minerales, han sido un factor fundamental para los resultados positivos en la dimensión comercial y económica.

El descenso de la cooperación oficial ha provocado que el Perú empiece a explorar una nueva posición como cooperante sur-sur. Si bien es probable que no vuelva a ser considerado país prioritario para muchos cooperantes, es importante aprovechar los flujos de cooperación que siguen disponibles. En este sentido, un desafío es adaptarse a la nueva disponibilidad de recursos de la cooperación por áreas, donde la orientación de lucha contra la pobreza viene cediendo espacio a otros temas como medio ambiente para países como Perú. Los recursos orientados al ODM 7 incrementaron a 2010, y representan el 24.2% de los recursos.

Con respecto al manejo de la deuda externa e interna, esta ha sido parte de un manejo sostenible de la política fiscal y financiera. En este aspecto, sin embargo, es un desafío persistente la reducida presión tributaria en el país (ya mencionada en el contexto de otros ODM), que crea riesgos de sostenibilidad de equilibrio fiscal y financiero en el largo plazo.

Finalmente, si bien se ha logrado facilitar el acceso a los medicamentos, la falta de **colaboración efectiva con las empresas farmacéuticas** sigue determinando limitaciones en el acceso. Las empresas farmacéuticas no han trasladado las exoneraciones arancelarias a los precios de los medicamentos y éstos siguen siendo altos y de difícil acceso para un sector mayoritario de la población. Esta ha sido una barrera significativa que en los próximos años podría dificultar la eliminación de brechas en temas relacionados con la salud, incluyendo la de personas en situación de pobreza. ●

* UNO DE LOS DESAFÍOS ES ADAPTARSE A LA NUEVA DISPONIBILIDAD DE RECURSOS DE LA COOPERACIÓN POR ÁREAS, DONDE LA ORIENTACIÓN DE LA LUCHA CONTRA LA POBREZA VIENE CEDIENDO ESPACIO A OTROS TEMAS, COMO MEDIO AMBIENTE, PARA PAÍSES COMO PERÚ.

RECONOCIMIENTOS

Coordinación y redacción del Informe de Objetivos de Desarrollo del Milenio
Oficina de la Coordinadora Residente (OCR), con el apoyo del consultor Gonzalo Alcalde Vargas.

Comité Directivo
Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS); Oficina de la Coordinadora Residente (OCR)

Comité Consultivo
Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS); Ministerio de Relaciones Exteriores (MRE); Agencia Peruana de Cooperación Internacional (APCI); Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI); Oficina de la Coordinadora Residente (OCR).

Participación en Grupos de Trabajo

ODM 1
Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS); Ministerio de Agricultura (MINAG); Ministerio de Salud (MINSA); Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP); Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MTPE); Ministerio de la Producción (PRODUCE); Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); Organización Internacional del Trabajo (OIT); Programa Mundial de Alimentos (PMA); Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA); Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); Organización Panamericana de la Salud (OPS); Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO); Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU Mujeres).

ODM 2 *
Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS); Ministerio de Cultura (MINCULT); Ministerio de Educación (MINEDU); Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU Mujeres); Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO); Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

* Con el apoyo del consultor José Rivero

ODM 3 *
Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP); Defensoría del Pueblo; Ministerio de Cultura (MINCULT); Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MTPE); Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI); Jurado Nacional de Elecciones (JNE); Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU Mujeres); Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); Organización Panamericana de la Salud (OPS); Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA); Movimiento Manuela Ramos; Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán; Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer-DEMUS.

* Con el apoyo de la consultora Jennie Dador Tozzini.

ODM 4 *
Ministerio de Salud (MINSA); Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS); Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); Organización Panamericana de la Salud (OPS); Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU Mujeres); Colectivo de Salud Neonatal; GRADE – Niños del Milenio; Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza (MCLCP); Sociedad Peruana de Pediatría; Colegio Médico del Perú; Colegio de Enfermeras del Perú; Colegio de Obstetrices del Perú; Foro Salud; Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI); Médicos Mundi.

* Con el apoyo del consultor Oscar Castillo

ODM 5 *
Ministerio de Salud (MINSA); Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA); Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); Organización Panamericana de la Salud (OPS); Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU Mujeres); CARE Perú; Pathfinder International; USAID; PRISMA.

* Con el apoyo de la consultora Patricia Mostajo

ODM 6 *
Ministerio de Salud (MINSA); Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud (CONAMUSA); Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP); Defensoría del Pueblo; Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI); Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza (MCLCP); Aid for Aids; Red Sida Perú; Vía Libre; CARE Perú; Pathfinder; PROMSEX; Coordinadora de Peruanos Positivos; Red de Mujeres Viviendo con VIH; Solas y Unidas; Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH); Asociación de Mujeres Biodanzantes; ICW; Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM); USAID; Organización Internacional para las Migraciones (OIM); Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA); Organización Panamericana de la Salud (OPS); Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO); Programa Mundial de Alimentos (PMA); Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC); Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU Mujeres); Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA); Banco Mundial.

* Con el apoyo de la consultora Graciela Rocío Meza Sánchez

ODM 7 *

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS); Ministerio del Ambiente (MINAM); Ministerio de Agricultura (MINAG); Ministerio de Cultura (MINCULT); Ministerio de Energía y Minas (MEM); Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento (VIVIENDA); Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO); Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI); Autoridad Nacional del Agua (ANA); Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH); DAR.

* Con el apoyo de los consultores Abel Bellido, Marissa Quiñones y Ana María Gonzales del Valle.

ODM 8 *

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS); Ministerio de Comercio Exterior y Turismo (MINCETUR); Ministerio de Salud (MINSA); Ministerio de Transportes y Comunicaciones (MTC); Ministerio de Relaciones Exteriores (MRE); Agencia Peruana de Cooperación Internacional (APCI); Ministerio de Economía y Finanzas (MEF); Ministerio de Comercio Exterior y Turismo (MINCETUR); Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI); Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU Mujeres); Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); Organización Internacional del Trabajo (OIT); Organización Panamericana de la Salud (OPS).

* Con el apoyo del consultor Renzo Silva Huerta

BIBLIOGRAFÍA

Acuerdo Nacional. "Políticas de Estado y planes de gobierno 2011-2016." Lima, Marzo 2011. Disponible en: http://www.acuerdonacional.pe/sites/default/files/Planes_de_Gobierno_2011-2016.pdf

Alarcón, J. et al. "Estimación y análisis de la incidencia de VIH en población adulta del Perú: Resultados de la aplicación del modelo matemático MoT." En Revista Peruana de Medicina Experimental en Salud Pública. Lima, 2012.

Aramburú, C. y A. Delgado. Economía, políticas sociales y reducción de la desigualdad en el Perú. Lima: PNUD, 2011.

Aramburú J. et al. "Malaria Reemergence in the Peruvian Amazon Region." En Emerging Infectious Diseases 5.2. Lima, 1999.

Arroyo, J., J. Hartz y M. Lau. Recursos Humanos en Salud de Perú: Segundo Informe al País. Nuevos Elementos para la Toma de Decisiones y Políticas Públicas. Lima, 2011.

Artículo 29° de la Ley de promoción de la educación de la niña y adolecente rural, Ley N° 27558.

Artículo 153° del Código Penal.

Balero, Martín Jaime (relator). Informe Anual sobre Derechos Humanos de personas trans, lesbianas, gays y bisexuales en el Perú 2010. Lima: Promsex, 2010.

Banco Mundial. Estudio Análisis Ambiental del Perú. Lima, 2006.

Bartlett, EC. C. Zavaleta, C. Fernández, H. Razuri, S. Vilcarromero, SH. Vermund y E. Gotuzzo. Expansion of HIV and syphilis into the Peruvian Amazon: a survey of four communities of an indigenous Amazonian ethnic group. Nashville: Institute for Global Health, 2012.

Bravo, Rosa. Avances y desafíos en torno a la autonomía económica de las mujeres. Santiago de Chile, 2009.

Chacaltana, Juan, y Gustavo Yamada. Calidad del empleo y productividad laboral en el Perú. New York: Interamerican Development Bank, 2008.

Child Mortality Estimates. Levels & Trends in Child Mortality Report. New York: United Nations, 2012.

Cifras del portal Transparencia Económica del Gobierno del Perú. Disponible en: http://ofi.mef.gob.pe/transparencia/

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Costo de Alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Salud en algunos países de América Latina y El Caribe. Santiago de Chile: CEPAL, 2011.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Estudio económico de América Latina y el Caribe. Informe anual. Santiago de Chile: CEPAL, 2012.

Consejo Nacional de Ambiente. Costos de la gestión de la calidad del aire. Lima, 2006.

Consorcio de Investigación Económica y Social y Women in Informal Employment Globalizing and Organizing, "Empleo informal y políticas de protección social en el Perú." Presentado en Políticas de protección social para los trabajadores de la economía informal urbana: Retos para el nuevo gobierno, 6 de julio 2011.

Consorcio Miradas y Voces. Estudio sobre la percepción de las necesidades de atención en familias viviendo con el VIH y sida. Proyecto Cerrando Brechas: Hacia el logro de los objetivos del Milenio en TB y VIH. FM. Lima, 2007.

Cotler, Julio. Clases, Estado y Nación en el Perú. Lima: Instituto de Estudios Peruanos, 1978.

Cueto, S., V. Saldarriaga, e I. Muñoz. Conductas de riesgo entre adolescentes peruanos: un enfoque longitudinal. Lima: GRADE, 2010.

Dador, Jennie. "Militancia femenina y agenda partidaria. La presión de la competencia masculina." En Fronteras interiores: identidad, diferencia y protagonismo. Lima, 2007.

Defensoría del Pueblo. "Boletín de la Adjuntía para los Derechos de la Mujer." Lima: Defensoría del Pueblo, 2012.

Defensoría del Pueblo. "Fortaleciendo la respuesta frente la epidemia del VIH/Sida: Supervisión de los Servicios de Prevención, Atención y Tratamiento del VIH/sida", en Informe Defensorial 143. Lima: Defensoría del Pueblo, 2009.

Federación Latinoamericana de Ginecología y Obstetricia, Taller Nacional para Fortalecer la Vacunación contra el VPH en Niñas. Relato Final. Lima, 2012

Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estudio de barreras de acceso a las casas de espera, en Cusco y Ayacucho, y propuestas para asegurar su sostenibilidad. Reporte Final de Consultoría. Lima, 2012.

Fondo de Población de las Naciones Unidas. "La violencia contra la mujer y sus vínculos con la salud materna, la salud reproductiva y la salud mental." Noviembre, 2012. Disponible en: http://www.unfpa.org.pe/WebEspeciales/2012/Noviembre2012/NoViolencia/Documentos/Nota06.html

García López, Roberto y Mauricio García Moreno. La Gestión Para Resultados en el Desarrollo: Avances y desafíos en América Latina y el Caribe. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo, 2010. Disponible en: http://cid.bcrp.gob.pe/biblio/Papers/BID/gprBID2010.pdf

García, P. et al. VIH y Vulnerabilidad de la Mujer. Lima: UPCH, UNFPA, ONUSIDA, 2012.

Getaneh, A., J. Sanchez, D. Watts, J. Alva, and K.K. Holmes. Seroprevalence of sexually transmitted disease and infections related to sexual behavioral characteristics among the unregistered/clandestine female sex workers in Lima, Peru. Lima: XI Congreso Latinoamericano de Enfermedades de Transmisión Sexual y V Conferencia Panamericana de SIDA, 1997.

Hernández Asensio, Raúl. Instituto de Estudios Peruanos. Nuevas (y viejas) historias sobre las mujeres rurales jóvenes de América Latina. Resultados preliminares del Programa Nuevas Trenzas. Lima: IEP, 2012.

Informe Defensorial N°122. "La Cuota de género en el Perú: Supervisión de las Elecciones Regionales y Municipales Provinciales." Lima, 2006.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Evolución de los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio al 2010. Lima: INEI, 2012.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. "Perú: Salud reproductiva de los varones, 2008." Disponible en: http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0910/index.htm

Instituto Nacional de Estadística e Informática y Movimiento Manuela Ramos. Brechas de género insumos para la adopción de medidas a favor de las mujeres. Lima: INEI, 2010.

Instituto Nacional de Salud. Reporte del sistema NetLab. Lima: INS, 2011.

Ipsos Apoyo – Opinión y Mercado, para Promsex y Movimiento Manuela Ramos. Encuesta 2011: Sexualidad, reproducción y desigualdades de género. Lima: APOYO, 2011.

Jaramillo, M. y A. Baanante. Impacto del Programa Juntos sobre nutrición temprana. Documento de Investigación 61. Lima: Banco Central de Reserva/GRADE, 2011.

John Snow, Inc. Report for the Data Quality Audit for Peru HIV/AIDS (PER-506-G03-H & PER-607-G05-H), 2006. Genève: The Global Fund for Aids, Tuberculosis and Malaria, 2010.

Kvinnoforum and The Roll Back Malaria Partnership. A guide to gender and malaria resources. Stockholm: RBMP, 2008. Disponible en: http://www.k4health.org/sites/default/files/gm_guide-en%5B1%5D.pdf

Lalloo, U.G. "Drug-resistant tuberculosis: reality and potential threat." International Journal of Tuberculosis and Lung Disease 14.3 (2010).

Llanos, F. y A. Cotrina. Evaluación Multinacional Impacto en Salud del escalamiento en la Lucha contra el sida, la Tuberculosis y la Malaria; con referencia especial al Fondo Mundial. Lima: UPCH, 2008.

Llanos, F. y C. Navarro. Informe de sistematización del Taller Nacional de Monitoreo y Evaluación para los Programas de VIH, TB y Malaria. Lima: Ministerio de Salud, CONAMUSA, CARE Perú, 2010.

Llanos-Zavaleta, Luis F. et al. "Tuberculosis y salud pública: ¿derechos individuales o derechos colectivos?" Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342012000200016&script=sci_arttext.

López, Sinesio. Ciudadanos reales e imaginarios: Concepciones, desarrollo y mapas de la ciudadanía en el Perú. Lima: Instituto de Diálogo y Propuestas, 1997.

López, Sinesio. "Estado y ciudadanía en el Perú." En El Estado en debate: múltiples miradas, ed. Jorge L. Chediek Lima: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2010.

Matos Mar, José. Desborde Popular y crisis del Estado: El nuevo rostro del Perú en la década de 1980. Lima: Instituto de Estudios Peruanos, 1984.

McCarthy, MC, F.S. Wignall, .J Sanchez et al. The epidemiology of HIV-1 infection in Peru, 1986-1990. Lima, 1996.

Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza. ALERTA N° 01-2011-SC/PSMN. Lima: MCLCP, 2011.

Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza. ALERTA Nº 2-2012-SC/PSMN. Lima: MCLCP, 2012.

Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza. Seguimiento concertado a los programas presupuestales estratégicos: Guía metodológica. Lima: MCLCP, 2012.

Ministerio del Ambiente. Agenda Ambiental Nacional -AGENDAMBIENTE 2013 – 2014. Lima: MINAM, 2012.

Ministerio de Ambiente. Cuarto Informe Nacional De Residuos Sólidos Municipales y No Municipales: Gestión 2010-2011. Lima: MINAM, 2012.

Ministerio del Ambiente. Diagnóstico Ambiental del Perú. Lima: MINAM, 2008.

Ministerio de Ambiente. Informe Nacional del Estado del Ambiente: 2009 – 2011." Lima: MINAM, 2012.

Ministerio de Ambiente. Plan Nacional de Acción Ambiental – PLANAA PERÚ 2011-2021. Lima: MINAM, 2011.

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. ¿Cómo están las socias? Lima: MIDIS, 2012.

Ministerio de Energía y Minas. Balance Nacional de Energía 2010. Lima: MINEM, 2010.

Ministerio de Salud. "Adecuación Cultural de la Orientación/Consejería en Salud Sexual y reproductiva" Resolución Ministerial 278. Lima: MINSA, 2008. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2008/RM278-2008.pdf

Ministerio de Salud. "Campaña de maternidad saludable y segura. Plan de comunicación y difusión". Resolución Ministerial N°114-98/SA/DM. Lima: MINSA, 1998. Disponible en: www.minsa.gob.pe/.../PlanMaterni-

dadSaludableySegura2012.doc

Ministerio de Salud, Casas de Espera Materna, Modelo para la Implementación. Lima: MINSA, 2006.

Ministerio de Salud. "Comunican que existe certeza que el uso de levonorgestrel como anticonceptivo oral de emergencia no es abortivo y no produce efectos secundarios mortales o dañinos." Resolución Ministerial 167. Lima: MINSA, 2010.

Ministerio de Salud. "Definiciones Operacionales y Criterios de Programación 2012." Lima: MINSA, 2011. Disponible en: http://www.diresacallao.gob.pe/webdiresa/documentos/planeamiento/DEFINICIONES_OPERACIONESLE_2012.pdf

Ministerio de Salud. "Disponer que la Dirección General de Salud de las Personas y la Dirección de Medicamentos, Insumos y Drogas se abstengan de realizar cualquier actividad referida al uso del Levonorgestrel como anticonceptivo oral de emergencia." Resolución Ministerial 652. Lima: MINSA, 2010.

Ministerio de Salud. Evaluación de la Resistencia del Plasmodium falcíparum a los antimaláricos en el Perú. Lima: MINSA, 1999.

Ministerio de Salud. "Gestión Local para la implementación y el funcionamiento de la Casa Materna." Resolución Ministerial 815. Lima: MINSA, 2010.

Ministerio de Salud. Informe nacional sobre los progresos realizados en el país en el marco de la Declaración Política sobre el VIH/sida. Período Enero 2010 – Diciembre 2011. Lima: MINSA, ONUSIDA, 2012.

Ministerio de Salud. Informe Operacional ESNPCT 2009-2011. Lima: MINSA, 2011.

Ministerio de Salud, "Norma Técnica de Salud para la profilaxis de la Transmisión Madre-Niño del VIH y la Sífilis Congénita". RM 946-2012. Lima: MINSA, 2012.

Ministerio de Salud. "Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural." Resolución Ministerial 589. Lima: MINSA, 2005. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2005/RM598-2005.pd

Ministerio de Salud. "Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015" Resolución Ministerial 207. Lima: MINSA, 2009. ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2009/RM207-2009.pdf

Ministerio de Salud. "Plan Nacional Concertado de Salud". Resolución Ministerial N° 589 – 2007/ MINSA Lima: MINSA, 2007. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/publicaciondest.asp?dest_codigo=358

Ministerio de Salud. Sistema de Vigilancia de la Resistencia a medicamentos antimaláricos en el Perú. Lima: USAID, 2001.

Ministerio de Salud. Situación de la Tuberculosis en el Perú. Informe de Gestión – 2008. Lima: MINSA, 2008.

Ministerio de Salud, Oficina General de Epidemiología. Boletín epidemiológico sobre el VIH / sida. Lima: MINSA, 2012.

Ministerio de Salud, Oficina General de Epidemiologia. Boletín epidemiológico. RENACE. SE 52. Lima: MINSA, 2011.

Ministerio de Salud, Oficina General de Epidemiología. Mortalidad materna en el Perú: 1997-2002. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/contenido/1327.pdf

Montaño, Sonia y Coral Calderón (coordinadores). Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago de Chile: CEPAL, 2009.

Montero, Carmen y otros. La escuela rural: modalidades y prioridades de intervención. Lima: Ministerio de Educación, 2001.

Morón, Eduardo y Cynthia Sanborn. Los Desafíos del Policymaking en el Perú: Actores, Instituciones y Reglas de Juego. Lima: UP-CI, 2008.

Navarro, María del Carmen. Reporte de Medición del Gasto en sida 2008-2010. Lima: Dirección General de Planificación y Presupuesto, Ministerio de Salud, ONUSIDA, 2010.

Neyra, D., C. Cabezas y T. Ruebush. "El proceso de adecuación y cambio en la política del tratamiento de la malaria por Plasmodium falcíparum en el Perú, 1990-2001", en: Rev. Perú. med. exp. salud pública, vol.20, no.3. Lima, 2003.

Norma Técnica de Salud N° 064-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Profilaxis de la Transmisión Madre-Niño del VIH y la Sífilis Congénita", aprobada en el año 2008 mediante Resolución Ministerial N° 335-2008/MINSA.

Norma Técnica de Salud Nº 097-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)", aprobada en el año 2012 mediante Resolución Ministerial 607-2012/MINSA.

O'Donnell, Guillermo. "Estado, Democratización y ciudadanía." En Nueva Sociedad 128 (Noviembre – Diciembre 1993): 62-87.

Organización de la Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). Comité de Seguridad Alimentaria Mundial. Disponible en: http://www.fao.org/cfs/es/

Organización Mundial de Salud, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Dirección Nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud del Perú. Estimaciones y proyecciones del sistema Spectrum al año 2011. Lima: OMS, ONUSIDA, MINSA, 2012.

Organización Internacional del Trabajo. Nuevas notas OIT sobre trabajo doméstico remunerado en América Latina y El Caribe. Disponible en: http://igenero.oit.org.pe/index.php?option=com_content&task=view&id=579&Itemid=105, 2011.

Organización Internacional del Trabajo. Panorama Laboral 2012 América Latina y el Caribe. Lima: OIT, 2012.

Organización Mundial de Salud. Tuberculosis y género, 2011. Disponible en: http://www.who.int/tb/challenges/gender/page_1/es/index.html

Ordenanza Regional Nº 014-2006-CR/GRM publicada el 30 de diciembre de 2006.

Ormaeche, M., A. Whittembury, M.Pun, y L. Suarez-Ognio. Hepatitis B virus, syphilis, and HIV seroprevalence in pregnant women and their male partners from six indigenous populations of the Peruvian Amazon Basin, 2007–2008. Brookline: ISID, 2008.

Pautassi, Laura. Cuidado y derechos: la nueva cuestión social. Buenos Aires, 2012.

Perova, E. y R. Vakis. Welfare impacts of the Juntos program in Peru: Evidence from a non-experimental evaluation. Washington, DC: The World Bank. 2009.

Pinto, A. y A. Filfisch (coordinadores). El estado de Ciudadanía: Transformaciones, logros y desafíos del Estado en América Latino en el siglo XXI. Buenos Aires: Sudamericana, 2011.

Portal de la Municipalidad de Lima. Disponible en: http://www.munlima.gob.pe/noticias

Portal ESCALE: Estadística de la Calidad Educativa. "Indicadores." Disponible en: http://escale.minedu.gob.pe/indicadores

Portal Manuela Ramos. Disponible en: www.manuela.org.pe

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre el Desarrollo Humano 2009 – Superando barreras: Movilidad y desarrollo humanos. New York: PNUD, 2009. Disponible en: http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2009_ES_Complete.pdf

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Perú la oportunidad de un nuevo ciclo de desarrollo. Escenarios prospectivos 2012-2016/ Informes de nacionales de prospectiva política PAPEP-PNUD, IDEA Internacional. Lima PNUD: 2012.

Ramal, César et al. "Variabilidad climática y transmisión de Malaria en Loreto, Perú: 1995-2007." Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 26.1 (2009): 9-14.

Reporte del Perú al Sistema de seguimiento de las Cumbres de las Américas. Lima, 2011.

Reyes, M. Revisión de la calidad y consistencia de información para los indicadores de prevención de la transmisión vertical del VIH del Informe Nacional de Progresos en VIH. Lima y Callao 2010 – 2011. Lima: OPS, Documento interno de trabajo, 2012.

Sánchez, JL., J.E. Peinado y J.R. Lama. Estudio de Vigilancia Epidemiológica de ITS y VIH en Hombres que Tienen Sexo con Hombres Comparando las Metodologías de Reclutamiento Muestreo por Conveniencia, Muestreo por Tiempo y Espacio y el Muestreo Dirigido por Participantes. Lima, 2011.

Salazar, X. y R. Vargas. Concepciones, expectativas y comportamiento en población pobre beneficiaria del Programa Juntos en Huancavelica, Andahuaylas y Huánuco. Lima: 2012. Disponible en: www.observa.org.pe/DOCUMENTOS

Salazar, Ximena et al. Las personas trans y la epidemia del VIH/sida en el Perú: aspectos sociales y epidemiológicos. Lima: IESSDEH, UPCH, ONUSIDA y AMFAR, 2010.

Save The Children, UK. Born Equal: How reducing inequality could give our children a better future. London: Save The Children, 2012. Disponible en: http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/images/Born_Equal.pdf.

Sebastián J.L., et al. Un paso adelante en la lucha contra el sida: Los primeros dos años de acceso universal al tratamiento antirretroviral en el Perú. Lima: MINSA, 2006.

Seguro Integral de Salud. Boletín Estadístico Enero-Diciembre 2011. Disponible en: http://www.sis.gob.pe/Portal/estadisticas/index.html

Seguro Integral de Salud. Evaluación del Efecto del Seguro Integral de Salud en los Indicadores de Salud Pública y Gasto de Bolsillo: Período 2002-2009, 2011. Lima: SIS, 2012.

Seguro Integral de Salud, Ministerio de Salud. "Plan de Trabajo y Precisiones para la Implementación de la R.M. Nº 240-2009-MINSA Tarifario del SIS para los Componentes

Silva Santisteban, Alfonso. Análisis Epidemiológico. Formulación del nuevo PEM de Prevención y Control de VIH-SIDA. 2013-2017. Lima: documento de trabajo, 2012.

Sistema de las Naciones Unidas en Perú/Presidencia del Consejo de Ministros, Informe de cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio Perú 2008: Resumen Ejecutivo. Lima: SNU, 2010.

Sistema Nacional de Información Ambiental. Cifras Ambientales. Lima: MINAM, 2012.

Subsidiado y Semisubsidiado y sus Definiciones Operacionales." Resolución Jefatural del 5 de Noviembre de 2009. Disponible en: http://www.sis.gob.pe/ipresspublicas/normas/pdf/control/RJ_N_184-2009-SIS.pdf

Teresa Valdés (ed.). ¿Género en el poder? El Chile de Michelle Bachelet. Santiago de Chile, 2010.

The World Bank. "Data." Disponible en: http://data.worldbank.org/

Tolmos León, Alfonso. Presentación "Una nueva Política de Desarrollo e Inclusión Social." Lima: MIDIS, 2012.

UNAIDS. Global Report on the Global Aids Epidemic. Geneva: UNAIDS, 2012.

Unidad Técnica de TB-MDR. Reporte TB Nº 002 – 2009. Tuberculosis y VIH. Lima: ESN-PCT, 2009.

Unidad Técnica de TB – MDR. Sala Situacional de Tuberculosis Febrero 2010. Lima: ESN-PCT, Ministerio de Salud, 2010.

UNICEF. Estado Mundial de la Infancia. New York: Unicef, 2007

Vakis, Renos, y Elizaveta Perova. El impacto y potencial del Programa Juntos en Perú: Evidencia de una evaluación no experimental. Lima: Juntos y Banco Mundial, 2010.

Valdivia, N., M. Benavides y M. Torero. "Exclusión, identidad étnica y políticas de inclusión social en el Perú: el caso de la población indígena y la población afrodescendiente." En Investigación, políticas y desarrollo en el Perú. 2007. Lima: GRADE, 2007

Vallenas, G. Análisis de la mortalidad por causas específicas: VIH-SIDA, Tuberculosis, causas maternas y accidentes de tránsito 2007 – 2008. Lima: Ministerio de Salud, 2011.

Valverde, A. La infección por el VIH y el Laboratorio. Lima: Centro Nacional de Salud Publica Laboratorio de Referencia Nacional de ETS y VIH/SIDA, 2009. Disponible en: http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/2/not/not_congreso/La%20infecci%C3%B3n%20por%20VIH%20y%20el%20Laboratorio.pdf

Vara H. Arístide. Los costos empresariales de la violencia contra la mujer en el Perú. Lima, 2012.

Vásquez, E. y A. Monge. Desigualdad de género en la educación de niñas y adolescentes rurales del Perú: Situación y propuestas de políticas públicas para su atención. Movimiento Manuela Ramos. Lima: Universidad del Pacífico, 2009.

Velásquez, C. "Resultados de la aplicación de tres guías nacionales para prevenir transmisión vertical del VIH en el Instituto Nacional Materno Perinatal" En Revista Peruana de Medicina Experimental en Salud Pública 2011. Lima, 2012.

World Health Organization. World Malaria Report 2011. Ginebra: OMS, 2012.

Zavaleta, C. Fernández, K. Konda, Y. Valderrama, SH. Vermund y E. Gotuzzo. High prevalence of HIV and syphilis in a remote native community of the Peruvian Amazon, 2007. Lima: UPCH, 2007.

Perú:
Tercer Informe Nacional de Cumplimiento
de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Primera edición:
Septiembre de 2013

Tiraje:
2.000 ejemplares
© ONU - Perú 2013

Oficina de la Coordinadora Residente
Av. Pérez Araníbar 750, Magdalena del Mar.
Lima 17 - Perú
Teléfono: 625-9000

Página web:
www.onu.org.pe

Coordinación y redacción:
Oficina de la Coordinadora Residente (OCR)

Fotografías
Sistema de Naciones Unidas en el Perú

Diseño y diagramación:
Fábrica de Ideas

Este documento puede ser copiado y citado, total o parcialmente, siempre y cuando se mencione la fuente. Por favor envíenos copia de cualquier documento, artículo u otro que cite esta publicación.

Hecho el depósito legal N.° 1501012004-7617
ISBN N.° 9972-612-16-3

Impreso en:
Forma e Imagen de Víctor Odiaga Franco

PERÚ:

TERCER INFORME NACIONAL DE CUMPLIMIENTO
DE LOS **OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO**

"En este tercer Informe, el Perú presenta la mejor y más actualizada información que se tiene sobre el estado y perspectivas para el logro de los ODM en el país. Nos enorgullece señalar que el balance es positivo en muchos aspectos, tal como se observa en materia de reducción de la pobreza extrema, la desnutrición crónica y la mortalidad en niños y niñas menores de 5 años. Los logros en educación también son notables y han alcanzado la paridad de género. Este Informe destaca no sólo los resultados sino las estrategias institucionales que han contribuido a alcanzarlos".

Ollanta Humala Tasso
Presidente de la República