

# **HACIA EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO EN EL PERÚ**

**Un compromiso del país para acabar  
con la pobreza, la desigualdad y la exclusión**

**INFORME 2004**



*Hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el Perú  
Un compromiso del país para acabar con la pobreza, la desigualdad y la exclusión*

Primera edición: noviembre de 2004

Tiraje: 1.000 ejemplares

© ONU - Perú 2004

Oficina del Coordinador Residente  
Av. Benavides 786, Miraflores. Lima 18 - Perú  
Teléfono: 213-3200  
Página web: [www.onu.org.pe/odm](http://www.onu.org.pe/odm)

Coordinación y redacción:  
María Eugenia Mujica y Raúl Salazar  
Oficina del Coordinador Residente (OCR)

Cuidado de la edición: Dana Cáceres

Fotografías: © Renzo Uccelli, pp. 17, 26, 34, 39, 46, 56, 61, 71, 85, 86, 100, 106 y 109

OCR: pp. 29 y 67

UNSECOORD: César Gonzáles, portada y pp. 51, 111, 78 y 125

Diseño y diagramación: Gisella Scheuch

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.º 1501012004-7617

ISBN N.º 9972-612-16-3









Impreso en Grobel, Lima - Perú

# Índice

Prefacio	4
Presentación: Un Perú Más Solidario y Desarrollado	7
Presentación del Informe de Objetivos de Desarrollo del Milenio en el Perú	8

<b>CONTEXTO DEL PAÍS</b>	<b>10</b>
--------------------------	-----------

## OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO (ODMs)

<b>ODM 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre</b>	<b>17</b>	
<b>ODM 2: Lograr la educación primaria universal</b>	<b>29</b>	
<b>ODM 3: Promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer</b>	<b>39</b>	
<b>ODM 4: Reducir la mortalidad en la infancia</b>	<b>51</b>	
<b>ODM 5: Mejorar la salud materna</b>	<b>61</b>	
<b>ODM 6: Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades</b>	<b>71</b>	
<b>ODM 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente</b>	<b>85</b>	
<b>ODM 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo</b>	<b>109</b>	

<b>¿CÓMO ALCANZAR LOS ODMs EN EL PERÚ?</b>	<b>125</b>
--	------------

Lista de ODMs, metas e indicadores	134
Reconocimientos	136
Acrónimos y abreviaturas	138
Índice de gráficos, cuadros y mapas	139

## Prefacio

*En la Declaración del Milenio, aprobada por los líderes del mundo en la Cumbre del Milenio celebrada por las Naciones Unidas en 2000, se plasmaron las aspiraciones de la comunidad internacional para el nuevo siglo. Evocó un mundo unido por valores comunes que se esfuerza por lograr la paz y condiciones de vida dignas para todos los hombres, mujeres y niños con renovado empeño<sup>1</sup>.*

La Declaración del Milenio expresa las preocupaciones de los Jefes de Estado en los temas de paz, seguridad y desarrollo, incluyendo las áreas de gobierno, derechos humanos, y cuestiones ambientales. También prioriza un conjunto de objetivos de desarrollo interconectados en una agenda global. Éstos fueron designados Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODMs) en el año 2001. Los ODMs sintetizan las metas cuantitativas y los objetivos del monitoreo del desarrollo humano que deben ser alcanzados entre 1990 y 2015. Hay ocho ODMs, los cuales están asociados a 18 metas y 48 indicadores de tipo cuantitativo<sup>2</sup>.

El monitoreo de los ODMs se realiza desde las esferas global y nacional. En la esfera global, el Secretario General de Naciones Unidas reporta anualmente a la Asamblea General sobre el progreso mundial en el cum-

### OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

---

- ODM 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
  - ODM 2: Lograr la educación primaria universal.
  - ODM 3: Promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer.
  - ODM 4: Reducir la mortalidad en la infancia.
  - ODM 5: Mejorar la salud materna.
  - ODM 6: Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades.
  - ODM 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.
  - ODM 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.
- 

<sup>1</sup> Naciones Unidas (2004) *Aplicación de la Declaración del Milenio. Informe del Secretario General*, Nueva York, Asamblea General de las Naciones Unidas A/59/282.

<sup>2</sup> Ver lista de ODMs con sus respectivas metas e indicadores en la p. 134.

plimiento de los ODMs. En la esfera nacional, los líderes firmantes de la Declaración del Milenio tienen el compromiso de registrar y reportar regularmente las situaciones de sus países con respecto al cumplimiento de los ODMs a través de informes nacionales.

Estos informes tienen los siguientes objetivos:

- Promover el conocimiento y la difusión de información sobre la importancia de los ODMs y la situación del país con respecto a los mismos.
- Sensibilizar y movilizar a la sociedad civil, las comunidades y los ciudadanos y ciudadanas en general alrededor de los ODMs.
- Promover un debate nacional amplio en torno a la situación del país con respecto a los ODMs y las herramientas para cumplirlos.

Los informes nacionales no proponen recetas específicas ni detallan cómo ni qué hacer para avanzar en el logro de los ODMs. No obstante, se busca que su difusión genere diálogos informados y participativos orientados a resolver dichas interrogantes.

Este es el primer informe sobre el estado de la situación de los ODMs en el Perú. Para su elaboración se diseñó una estructura que congregó a representantes de grandes sectores de la sociedad:

- En el Comité Ejecutivo participaron sectores del Gobierno del Perú, agencias del Sistema de Naciones Unidas en el Perú, las instituciones de Bretton Woods (Fondo Monetario Internacional y Banco Mundial) y la banca de desarrollo regional (Banco Interamericano de Desarrollo).
- El Comité de Coordinación y Seguimiento agrupó a 25 representantes del Gobierno del Perú, el sector privado, la sociedad civil, la prensa, la academia, el Sistema de Naciones Unidas en el país, las agencias de cooperación bilateral, las instituciones de Bretton Woods y la banca de desarrollo regional.
- Los ocho Grupos de Trabajo —uno por cada ODM— reunieron a expertos temáticos del Sistema de Naciones Unidas en el Perú, el Gobierno, la sociedad civil, el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo.

Esta amplia participación es, de por sí, uno de los mayores logros alcanzados en el proceso de elaboración del Informe. Gracias a ella, se pudo tener acuerdos mínimos sobre el estado de cumplimiento de cada ODM y los desafíos encontrados en el trayecto hacia su consecución.

La primera parte del Informe describe el contexto del país en las áreas de desarrollo político, institucio-

nal, social y económico; en los temas de comercio exterior, cooperación internacional, y deuda externa, y en lo referido a la calidad de sus estadísticas. La segunda parte presenta los estados de situación de los ocho ODMs. En éstos se reporta sobre el seguimiento de las metas e indicadores acordados en la Declaración del Milenio. Algunos de éstos han sido adaptados a la realidad nacional. Las estadísticas consignadas en el Informe provienen de fuentes oficiales nacionales, y en especial del Instituto Nacional de Es-

tadística e Informática (INEI) gracias a un convenio específico de apoyo a los Grupos de Trabajo en el marco de la realización de este proceso. Finalmente, la tercera parte informa sobre los resultados principales del modelo de predicción de cumplimiento y costeo preliminar de los primeros cinco ODMs. Éste fue desarrollado por un equipo del Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico (CIUP) sobre la base de un convenio de cooperación con el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. ■

## PRESENTACIÓN: UN PERÚ MÁS SOLIDARIO Y DESARROLLADO

No cabe duda que la realización de la Cumbre del Milenio en el año 2000 evidencia el serio compromiso de la comunidad internacional por promover el desarrollo humano y recuperar al ser humano como centro de la actividad del Estado y de los sectores privados y sociales.

De ahí la plena concordancia del Perú con sus objetivos: reducir a la mitad la pobreza extrema y el hambre; lograr la enseñanza primaria universal y la igualdad entre los sexos; reducir la mortalidad de menores de 5 años y la mortalidad materna en dos terceras partes y en tres cuartas partes, respectivamente; detener la propagación del VIH/SIDA y el paludismo; y garantizar la sostenibilidad del medio ambiente, entre otros.

Tales Objetivos de Desarrollo del Milenio solo podrán constituirse en una visión realizable si los países asumimos solidaria y fielmente nuestros compromisos. Las medidas aisladas pueden ayudar a paliar nacional o sectorialmente nuestros graves problemas sociales. No obstante, solo la integración mundial y la articulación de nuestras medidas podrán arrojar resultados concretos para cumplir con los objetivos del milenio.

La pobreza en el Perú es estructural e histórica, y extendida en todo el país. Más de la mitad de nuestra población se encuentra en tal situación y la cuarta parte se encuentra en situación de extrema pobreza o hambre.

El informe que ahora presentamos ofrece una visión de este drama y desafío. Es un estado de la cuestión integral a partir del cual pueden explicarse las políticas públicas e iniciativas que venimos impulsando. De ellas, las más relevantes son:

- La suscripción del Acuerdo Nacional, el 22 de julio de 2001, por parte de los partidos políticos, la sociedad civil y el gobierno, que incluye 30 políticas de Estado, con un horizonte de 20 años. Varias de las políticas del Acuerdo Nacional están inspiradas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, particularmente en sus 8 objetivos principales, 18 metas y 48 indicadores.
- La lucha contra la pobreza a partir de la ejecución de una política económica con rostro humano, orientada a incrementar la inversión para generar empleo digno y productivo, garantizando reglas de juego claras y la distribución de los beneficios de crecimiento económico.
- El proceso de descentralización, iniciado en enero del año 2002, una demanda nacional esperada desde nuestra independencia en el siglo XIX.
- La aprobación del Plan Nacional de Superación de la Pobreza, la Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria, y la Estrategia de Desarrollo Rural.
- La expansión y fortalecimiento en todo el país de cerca de 1.600 Mesas de Concertación de Lucha Contra la Pobreza como espacio de concertación entre la sociedad civil y el Estado, con especial protagonismo de los beneficiarios de la política social.
- En el ámbito institucional, la creación del Comité Técnico Social del Gobierno Nacional como instancia de articulación de políticas sociales y de la lucha contra la pobreza.

Nuestro esfuerzo, cómo no reconocerlo, todavía es insuficiente pero lleva el signo del compromiso sincero por tener un país más digno, menos pobre, más desarrollado y democrático. El Perú quiere y puede ser un buen ejemplo de cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: un Perú sin pobres en un mundo sin pobres.

Alejandro Toledo Manrique  
Presidente Constitucional de la República

## PRESENTACIÓN DEL INFORME DE OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO EN EL PERÚ

Con el propósito de enfrentar los retos del nuevo siglo, en setiembre del 2000 todos los Estados Miembros de la Organización de Naciones Unidas firmaron la Declaración del Milenio. Ésta esboza una visión basada en ideales y valores universalmente aceptados: la libertad, la igualdad de oportunidades, la solidaridad, la tolerancia, el respeto a la naturaleza y la responsabilidad compartida. La Declaración establece que para consolidar la construcción de realidades globales coherentes con dicha visión se requiere de una agenda renovada para la justicia social, los derechos humanos, el desarrollo, la paz y la seguridad. A tal efecto, mediante un consenso global sin precedentes entre los países desarrollados y aquellos en desarrollo, se estableció una plataforma de objetivos y metas definidos claramente sobre la base de indicadores cuantitativos en torno a los problemas globales de pobreza, hambre, salud, equidad de género, educación y sostenibilidad ambiental.

Por medio de la Declaración, los Estados se comprometieron conjuntamente a alcanzar dichos objetivos para el año 2015. De la misma manera, acordaron evaluar y monitorear periódicamente el avance hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio por medio de la elaboración de informes nacionales.

El Sistema de Naciones Unidas en el Perú se honra en haber contribuido en la preparación de este Informe, el cual recoge información reunida por organismos nacionales e internacionales y registra el progreso y los avances realizados respecto a algunos temas del desarrollo humano en el país. Además de ello, el Informe hace un esfuerzo por identificar los desafíos que el país debe encarar para proseguir en la senda del desarrollo con equidad y para orientar y poner en práctica políticas públicas —sociales, redistributivas y creadoras de riqueza— efectivas en el avance hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Este Informe ha sido posible gracias a un proceso de reflexión conjunta, trabajo compartido, apoyo y estrecha colaboración entre el equipo de Naciones Unidas en el Perú, el Gobierno del Perú y representantes de organizaciones de la sociedad civil, la academia, el sector privado, la prensa, las instituciones financieras internacionales y regionales, y otros organismos de cooperación internacional.

El logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio requiere de la participación, el esfuerzo y compromiso de todos los actores sociales —el Estado, el empresariado, los sindicatos, la sociedad civil, las organizaciones de base, la prensa, la academia, la cooperación internacional y los ciudadanos en general. Desde sus actividades particulares, específicas y generales, pequeñas y grandes, todos pueden y deben contribuir al logro de estos Objetivos.

Esperamos que este Informe contribuya a sensibilizar y movilizar la atención pública en torno a la necesidad e importancia de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Asimismo, que apoye la estimulación y articulación de un debate nacional amplio y de un diálogo sobre los retos prioritarios futuros, y las estrategias y las alianzas necesarias para que se alcance una mejor utilización de la enorme riqueza y las potencialidades del país. De esta manera, buscamos que redunde en mejorar las condiciones de vida y bienestar de todas y todos los peruanos.

Desde esta perspectiva, es nuestro deseo que ésta sea una tarea solidaria, concertada y compartida para que el Perú llegue al año 2015 como un país más próspero y equitativo.

José Andrés Bellido  
Representante para América Latina y el Caribe  
Instituto de las Naciones Unidas para la Formación e Investigación

Luis Castello  
Representante  
Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación

José Miguel Ceppi  
Director Regional  
Organización de Aviación Civil Internacional

Rossana Echeandía  
Oficial de Información  
Centro de Información de las Naciones Unidas para el Perú

Dorte Ellehammer  
Representante  
Programa Mundial de Alimentos

Andrés Franco  
Representante  
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Pericles Gasparini  
Director  
Centro Regional de las Naciones Unidas para la Paz, el Desarme y el Desarrollo en América Latina y el Caribe

Jorge Gilligan  
Jefe  
Oficina de Servicios para Proyectos de las Naciones Unidas

Jorge Guzmán  
Representante Residente  
Fondo Monetario Internacional

Roberto Haudry De Soucy  
Contralor de Proyectos  
División de América Latina y el Caribe, Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola

Aldo Lale-Demoz  
Representante  
Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito

J. Ricardo Hernández Pulido  
Director  
Oficina Subregional de la Organización Internacional del Trabajo para los Países Andinos

Christof Kuechemann  
Representante  
Banco Interamericano de Desarrollo

John Newman  
Representante Residente  
Banco Mundial

Pilar Norza  
Directora, Oficina Regional para los Países de la Comunidad Andina  
Organización Internacional para las Migraciones

Jairo Palacio  
Representante para Perú y Director para Chile y Paraguay  
Fondo de Población para las Naciones Unidas

Mauricio Pardo  
Director  
Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente

Manuel Peña  
Representante  
Organización Panamericana de la Salud

Patricia Uribe  
Representante  
Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

Martín Santiago-Herrero  
Coordinador Residente, Sistema de Naciones Unidas en el Perú  
Representante, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo

## Contexto del país

El Perú, potencialmente rico por el acervo de sus recursos naturales y la calidad de su capital humano, es un país permeado por la desigualdad y la exclusión. Dichos rasgos —comunes en la región latinoamericana— son palpables en los accesos diferenciales a los bienes y servicios públicos y privados. También en la ausencia de equidad en las capacidades para aprovechar las oportunidades económicas y sociales, y asegurar el respeto de los derechos humanos. La intensidad de la desigualdad y la exclusión —persistentes a lo largo de la historia, y posiblemente exacerbadas por las fuerzas de la globalización— determina configuraciones particulares del régimen político y de la relación entre el Estado y el mercado en el país.

### DEMOCRACIA

Actualmente, Perú está en proceso de fortalecer y consolidar su institucionalidad democrática, luego de largos años en los que se sucedieron crisis económicas, políticas e institucionales y de un período de violencia política interna de casi dos décadas, que cobró la vida de más de 70 mil personas. A inicios del nuevo siglo se destacan los esfuerzos serios por fortalecer y profesionalizar las —aún frágiles— instituciones del Estado, la comunidad política y la sociedad civil. Entre éstos, resaltan la creación y el desempeño del Acuerdo Nacional, la Mesa de Concertación de Lucha Contra la Pobreza y Oportunidades para los Pobres, y la labor realizada por la Comisión de la Verdad y la Reconciliación.

El país asiste desde el año 2001 a una situación de consolidación y post-consolidación democrática tras el fin del gobierno de Alberto Fujimori. Diversos estudiosos de la realidad política peruana concuerdan en que durante aquel gobierno se produjo una severa distorsión de las instituciones que constituyen y garantizan el Estado de Derecho. El cambio de régimen —primero con un gobierno transitorio y después con otro elegido en comicios libres— adoptó el cariz de una transición a la democracia que todavía hoy enfrenta varios retos. No es el menor, entre ellos, la desconfianza ciudadana en las instituciones, que fueron debilitadas por dicho régimen autoritario, si bien es cierto que la crisis institucional del país había comenzado años antes.

La consolidación de la gobernabilidad democrática en el Perú es, al mismo tiempo, medio y fin para el desarrollo. Como medio, debe permitir una búsqueda más organizada y eficiente de los objetivos propuestos al ofrecer un marco seguro y estable para la fiscalización del empleo de recursos y para la formación de decisiones públicas bien orientadas y adecuadas a las necesidades y demandas de la población. En esta línea, es pertinente señalar también los avances en el proceso de descentralización efectuados en los últimos años. Como fin, la consolidación de la gobernabilidad democrática se entiende como un proceso de inclusión y de paulatino reconocimiento de la condición de ciudadanos plenos a todos los pobladores del país. El desarrollo, entendido integralmente, es un proceso gracias al cual los seres humanos pueden ejercer efectivamen-

te sus libertades y sus derechos. La consolidación de la democracia es, entonces, un trabajo en marcha para el desarrollo en el Perú.

## ECONOMÍA Y DESARROLLO

El Perú es un país diverso y heterogéneo. Sus recursos naturales ingentes, geografía variada, diversidad cultural y capital humano —desaprovechado aun— constituyen inmensas potencialidades, las cuales pueden traducirse en un verdadero desarrollo humano sostenible si son utilizadas plenamente para satisfacer los derechos básicos de las personas y desarrollar las capacidades humanas<sup>1</sup>.

En el año 2001, Perú ocupó la posición 82 (de 175) en el Índice de Desarrollo Humano (IDH) del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo<sup>2</sup>. Como tal, se le considera un país de desarrollo humano medio. Sin embargo, algunas de sus regiones ostentan realidades equiparables a las de los países con los índices más bajos de desarrollo humano. El 54,3% de la población se encuentra en situación de pobreza, mientras que el 23,9% se halla en estado de pobreza extrema. Esas cifras, por su parte, muestran elocuentes variaciones según la región del territorio nacional del que se trate.

Así, el 50,3% de la población rural está en situación de pobreza extrema, condición que afecta al 9,7% de la población urbana. Las más pobres entre los pobres son las mujeres rurales jefas de hogar, de las cuales 46,3% están en situación de pobreza extrema.

Paradójicamente a la realidad desigual que abrumba a más de la mitad de la población del país, las cifras macroeconómicas muestran circunstancias auspiciosas para el promedio nacional. Así, el PBI del Perú registró un crecimiento de 3,8% en 2003<sup>3</sup>, a una tasa de inflación anual de 2,26%. Desde 1999, el déficit fiscal del Gobierno Central se ha reducido gradualmente, llegando a 1,7% del PBI en 2003. La generación de empleo se ve afectada por la concentración del crecimiento en sectores productivos con bajo impacto en la misma. Así, por ejemplo, mientras el crecimiento en el sector de minería e hidrocarburos fue de 7% en el 2003, en ese mismo año el sector agropecuario creció solo en 2,3%.

La inversión realizada en 2003 ascendió a 18,4% del PBI. De esta proporción, la inversión privada alcanzó el 15,5% del PBI. En términos de inversión extranjera directa, las concesiones para la explotación del gas de Camisea, el proyecto minero Las Bambas, y otras en los sectores minero y energético inspiran gran opti-

<sup>1</sup> PNUD (2002) *Informe sobre Desarrollo Humano Perú 2002. Aprovechando las potencialidades*, Lima, PNUD, p. 1.

<sup>2</sup> PNUD (2003) *Informe sobre Desarrollo Humano 2003*, Nueva York, PNUD.

<sup>3</sup> Fuentes gubernamentales proyectan una tasa de crecimiento económico cercana a 4% para 2004.

mismo con respecto al desarrollo económico regional y nacional.

Las altas tasas de crecimiento económico proyectadas por el país para los próximos años son auspiciosas para su desarrollo. Para alimentarlo, se considera conveniente proseguir y consolidar los esfuerzos relacionados con el diseño e implementación de políticas de inversión —pública y privada. El incremento sostenido de la inversión tendrá efectos positivos en la generación de empleo y el nivel salarial. Asimismo, su impacto sobre el crecimiento permitirá ampliar la recaudación tributaria, lo que contribuiría a disminuir las restricciones presupuestarias del país.

Con el fin de cimentar las bases de un desarrollo sustentable, el país ha venido realizando esfuerzos que le han permitido reducir su vulnerabilidad y mejorar su calificación de riesgo. Es necesario continuar y fortalecer dichos esfuerzos por medio de la implementación de políticas fiscales y monetarias prudentes que acompañen el crecimiento económico. Éstas permitirán reducir aún más dicha vulnerabilidad, y crearán espacios para políticas macroeconómicas contracíclicas en períodos recesivos.

## **TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y DE LAS COMUNICACIONES**

El acceso a las tecnologías de la información y de las comunicaciones (TICs) ha registrado una expansión significativa —de 3,43 líneas de redes fija y móvil de telecomunicaciones por cada 100 habitantes en 1994, a 14,71 líneas en 2002. La cobertura, sin embargo, sigue siendo baja en comparación con países de ingresos similares. Asimismo, revela una alta concentración en zonas urbanas (Lima tiene 34,38 líneas telefónicas por cada 100 habitantes; Apurímac y Amazonas poco menos de 2; Huancavelica 0,62). En cuanto al número de suscriptores de Internet, éste creció en más de 100% entre 2001 y 2002, llegando a más de 400 mil suscritos.

Dicho incremento va de la mano con el crecimiento significativo del número de usuarios, que se explica especialmente por el fenómeno de auge de las cabinas públicas de Internet, a través de las cuales accede más del 80% de los usuarios de Internet. Las cabinas ofrecen acceso barato —aproximadamente 30 centavos de dólar por hora— y facilitan la expansión del conocimiento y de capacidades de utilización de TICs aún en los niveles de ingreso más bajos de la población.

## **COMERCIO EXTERIOR**

En el ámbito económico internacional, el grado de apertura de la economía peruana se incrementó notablemente en la última década, como lo muestra el crecimiento de más de 100% del intercambio comercial<sup>4</sup> entre 1993 y 2003. En ese último año, la suma de exportaciones e importaciones alcanzó un valor ligeramente superior a US\$ 17 mil millones. Dado el crecimiento comercial de los últimos años, las exportaciones per cápita en términos reales ascendieron a US\$ 330 en 2003. Si bien esta cifra es aún baja al compararla internacionalmente, representa un avance sustantivo con respecto a 2002 (cuando no superó los US\$ 300 por habitante).

Durante la última década, la tasa de crecimiento de las exportaciones fue similar al promedio latinoamericano, llegando casi a US\$ 9 mil millones en 2003. Dicho dinamismo es explicado mayoritariamente por el patrón de crecimiento de las exportaciones primarias mineras. En el ámbito de las exportaciones no tradicionales, los rubros de textiles, vestimenta y productos agrícolas han experimentado incrementos significativos como producto de una mayor competitividad doméstica y de los términos de intercambio favorables producidos por las iniciativas de Preferencias Arancelarias Andinas y Erradicación de Drogas (ATPDEA) de Estados Unidos y el Sistema Generalizado de Preferencias Andino (SGPA) de la Unión Europea.

<sup>4</sup> Equivalente a la sumatoria de las exportaciones FOB y las importaciones CIF.

El Perú está en el proceso de consolidar su política nacional de comercio exterior, cuyos elementos principales están incluidos en el Acuerdo Nacional. Los esfuerzos por institucionalizar el sector, iniciados en la década de 1990, se consolidaron con la creación del Ministerio de Comercio Exterior y Turismo en 2002. Un importante avance en el establecimiento de una política nacional es el Plan Estratégico Nacional Exportador 2003-2013 (PENX), el cual establece lineamientos estratégicos relacionados con la ampliación y diversificación de la oferta exportable, la promoción de la cultura exportadora, y la existencia de un marco normativo estable en el ámbito del comercio exterior.

Perú no escapa al patrón global de regionalismo abierto. Además de su membresía en la Organización Mundial del Comercio y su participación activa en las negociaciones para formar el Área de Libre Comercio de las Américas (ALCA), el país es firmante de una variedad de acuerdos comerciales, entre los que resaltan la Comunidad Andina (CAN), y el Mercado Común del Sur (MERCOSUR). Actualmente, la prioridad de la política de comercio exterior es la firma de un tratado de libre comercio con Estados Unidos.

Las negociaciones para la firma del tratado de libre comercio con Estados Unidos, así como aquellas llevadas a cabo en el seno del proceso de creación del ALCA, incluyen el tema del acceso a medicamentos esenciales a precios justos como uno de sus aspectos más sensibles. Éste es también uno de los desafíos principales de salud pública en el Perú. Si bien no hay información estadística regular y de calidad referida al acceso a medicamentos esenciales, estimaciones no oficiales calculan que cerca del 50% de la población tiene acceso a los mismos. De acuerdo con cálculos de la OPS<sup>5</sup>, más del 80% del mercado farmacéutico del Perú es privado, con una tendencia creciente a la oferta de medicamentos importados. Se estima que más del 50%

de la oferta de medicamentos registrados es importada, y que sus precios tienden a ser más altos que el promedio internacional<sup>6</sup>. En este contexto, las negociaciones de precios y distribución de medicamentos genéricos se convierte en una prioridad para atender las necesidades de salud de los ODMs 4, 5 y 6.

## COOPERACIÓN INTERNACIONAL

El Perú ocupó el tercer lugar de la región —el primer y segundo lugar son ocupados por Bolivia y Nicaragua, respectivamente— como recipiente de Asistencia Oficial para el Desarrollo (AOD) de los países avanzados industrializados en 2002. De acuerdo con los registros de la OECD, Perú recibió US\$ 401 millones en 2000, US\$ 451 millones en 2001, y US\$ 491 millones en 2002, lo que equivale a 9% de la AOD regional. De estos montos, alrededor de 90% provino de fuentes bilaterales.

Si bien el Perú es un recipiente importante de AOD, su condición de País de Renta Media Baja lo hace cada vez menos elegible para acceder a recursos no reembolsables. A fin de revertir esta situación, el Perú enfatiza ante la comunidad de donantes la diferencia entre países de renta media y países de renta media alta, a los que no pertenece. Asimismo, resalta el hecho que más del 50% de su población está en situación de pobreza y que hay regiones al interior del país que ostentan índices de desarrollo humano comparables a los de países de menor desarrollo relativo.

## DEUDA EXTERNA

El Perú es un país altamente endeudado. Al cierre del 2003, el saldo de la deuda pública externa representó el 37,6% del PBI (la deuda pública interna equivale a 10,1% del PBI). Las características de la deuda exter-

<sup>5</sup> OPS 1998. *Situación farmacéutica en las Américas*, Informe Anual, Lima.

<sup>6</sup> Boulet, Pascale (2001) *Patentes y medicamentos en el Perú*, Reporte para Asociación Médicos sin Fronteras.

na<sup>7</sup>—40% se encuentra a tasas de interés variable, y 63% está en dólares— la hacen extremadamente vulnerable a riesgos cambiarios y de tasas de interés. En el 2003, el servicio de la deuda externa pública ascendió a 21,2% del valor de las exportaciones; es esperable que dicha proporción se incremente en el futuro cercano como consecuencia del aumento programado de pago de intereses y amortizaciones.

De acuerdo con las estimaciones incluidas en el Marco Macroeconómico Multianual, el sector público necesitaría recursos financieros equivalentes a US\$ 10.415 millones en el período 2003-2006 para hacer frente al incremento en amortizaciones e intereses. Adicionalmente a estas obligaciones, en 2008 vencen los bonos globales emitidos en noviembre de 2002. En la actualidad, los gastos no financieros del gobierno central representan aproximadamente el 15% del PBI, mientras que los ingresos por tributos cerca del 13% del PBI. Con déficits fiscales continuos, para mantener los niveles proyectados del gasto público, se requerirá necesariamente de acceso a nuevo financiamiento.

Sin embargo, la deuda pública total de US\$ 28.907 millones está muy cerca del límite de endeudamiento “riesgoso” considerado por las instituciones financieras internacionales. Acercarse a —o sobrepasar— el tope de endeudamiento máximo incrementaría los costos de obtención de recursos financieros adicionales, y forzaría la adopción de una política fiscal contractiva para asegurar el pago de la deuda. Al respecto, se reconocen los esfuerzos del país y sus logros en la reducción del peso de la deuda pública, los cuales repercuten favorablemente en la reducción del riesgo país y en la consecución de mejores condiciones de financiamiento para la inversión pública y privada. Estos incluyen la reducción del déficit fiscal y del crecimiento de la deuda pública, el reperfilamiento de la misma, y el incremento significativo de las reservas internacionales. Se

considera necesario seguir avanzando en el fortalecimiento de estos esfuerzos. El manejo prudente de la deuda pública es indispensable para mejorar las condiciones de acceso a los mercados financieros externos e internos, y por lo tanto asegurar el financiamiento de la inversión y el crecimiento.

En la última Cumbre del Grupo de Río realizada en el Cusco en mayo de 2003, el Perú presentó propuestas de mecanismos financieros innovadores para atraer recursos para la inversión productiva y la generación de empleo. Entre éstas, cabe destacar la reducción del costo del endeudamiento por nuevos diseños de instrumento de deuda —bonos indexados al crecimiento del PBI— la creación de autoridades regionales de inversión en infraestructura y un mejor manejo fiscal por reformulación de las metas fiscales.

## ESTADÍSTICAS

La información demográfica y estadística en el Perú tiene limitaciones significativas, lo que dificulta el establecimiento de sistemas de evaluación y monitoreo de calidad, regularidad e independencia de los ODMs. El último Censo de Población Nacional fue realizado en 1993. La información sobre población y demografía de la última década corresponde a proyecciones del censo, complementada por encuestas demográficas nacionales con muestras representativas para temas específicos. Al margen de sus calidades, la metodología de estas encuestas tiende a variar de una medición a otra, por lo que algunas variables no pueden ser seguidas en series de tiempo. La información existente hace evidente que es necesario contar con bases de datos descentralizadas que muestren de mejor manera la ubicación de inequidades en términos de niveles de ingreso, ejercicio de derechos económicos, políticos y sociales, etnia y género.

<sup>7</sup> Los acreedores principales de la deuda pública externa son el Club de París (40%) y los organismos financieros internacionales (32%). La emisión de bonos globales —especialmente los bonos Brady— es actualmente la fuente de financiamiento externo más dinámica, representando 24% de la deuda externa en el 2002.

Las fuentes principales de información estadística son la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) y la Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES), ambas de cobertura nacional.

La ENAH, realizada trimestralmente por el INEI desde 1997 brinda información socioeconómica a nivel nacional para las áreas urbana y rural, y otras divisiones geográficas. Las ENAH realizadas en el cuarto trimestre de 2001 y 2002 permiten llegar a inferencias por departamento. Las fuentes de información para períodos anteriores a 1997, como la encuesta de propósitos múltiples, tienen metodologías y coberturas no comparables con ENAH. Aún en el caso de ésta, la información para el período 1997-2000 no es estrictamente comparable con los datos consignados a partir de 2001 porque hubo cambios en el marco muestral y el tamaño de muestra. El marco muestral de ENAH 1997-2000 se basa en los resultados del Censo de Población y Vivienda de 1993 cuya información fue actualizada en la fecha de realización de cada encuesta en

las capitales departamentales. A partir de ENAH 2001, el marco muestral base está conformado por los resultados del precenso de 1999 que amplió el tamaño de la muestra (de un promedio de 3.500 hogares a 18.000). Asimismo, a partir de 2001 se mejoró la estimación de la pobreza por medio de ajustes teóricos y metodológicos.

En los temas referentes a salud familiar, la fuente de información más confiable es la ENDES, realizada por INEI cada cinco años desde 1986. Su cobertura es nacional y es representativa a nivel de áreas urbano y rural, así como de regiones naturales o grado de urbanización. Las ENDES de 1996 y 2000 permiten llegar a inferencias a nivel departamental. El sujeto central de ENDES es la mujer de 15 a 49 años. Sin embargo, también ofrece información valiosa sobre aspectos socioeconómicos de los hogares y características de las viviendas. La encuesta no incluye varones, omisión que es preciso subsanar si se desea contar con información sobre las brechas de género en el ámbito de la salud. ■



# 1

OBJETIVO DE DESARROLLO DEL MILENIO



**Erradicar  
la pobreza extrema  
y el hambre**

OBJETIVO DE DESARROLLO DEL MILENIO 1

# ERRADICAR LA POBREZA EXTREMA Y EL HAMBRE



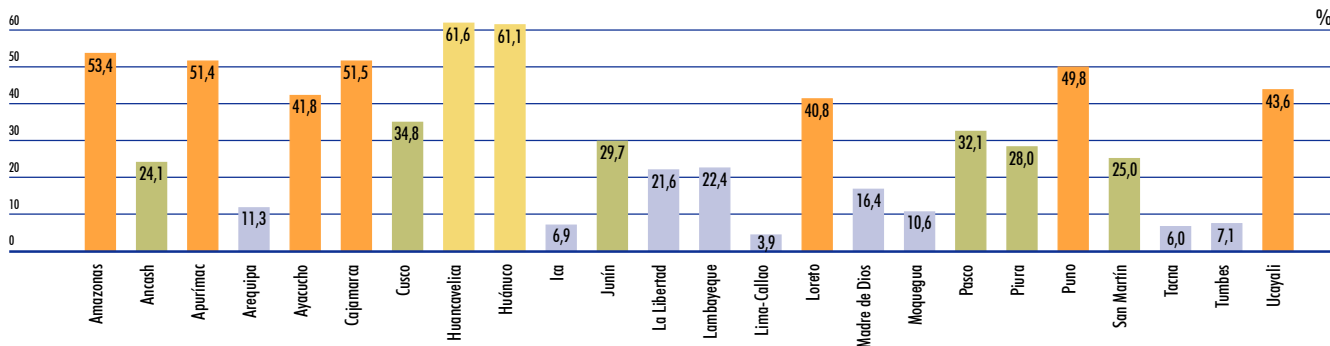
**Mapa 1**  
Población con ingresos por debajo de la línea nacional de pobreza extrema, 2002

- menos de 20%
- entre 20% y 40%
- entre 40% y 60%
- más de 60%

Promedio nacional = 23,9%  
 Promedio rural = 50,3%  
 Promedio urbano = 9,7%

Fuente: INEI, ENAHO 2002 - IV trimestre

**Gráfico 1**  
Población con ingresos por debajo de la línea nacional de pobreza extrema, 2002



## POBREZA

### Meta 1

Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos estén por debajo de la línea de pobreza nacional.

	1991	2002	Meta al 2015
Pobreza extrema	23,0%	23,9%	± 11,5%
Pobreza total	54,4%	54,3%	± 27,3%
Población total	22'179.595	26'748.972	31'972.027

Fuentes: ENNIV 1991, 1994; ENAHO 2001, 2002 - IV trimestre

## SITUACIÓN ACTUAL

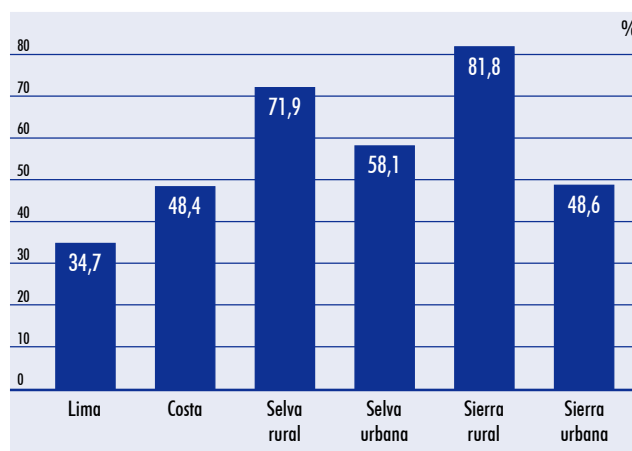
En el año 2002, el 54,3% de una población de 26'748.972 habitantes era pobre y 23,9% vivía en situación de pobreza extrema. En otras palabras, los hogares de 14'542.692 personas no podían acceder a una canasta mínima de bienes y servicios básicos. Dentro de este inmenso grupo de pobres, los hogares de 6'393.004 personas carecían de los ingresos necesarios para adquirir una canasta mínima de alimentos. Así, poco más del 50% de la población del país tenía una historia humana de privación, marginación y exclusión.

Si bien los promedios nacionales revelan condiciones de pobreza alarmantes, el examen desagregado a nivel urbano-rural y departamental muestra realidades aun más críticas:

- La incidencia de la pobreza, en especial de la pobreza extrema, es mucho mayor en las zonas rurales que en las urbanas.
- Hay una gran disparidad a nivel departamental. En 18 de los 24 departamentos del Perú —andinos y amazónicos, con predominancia de lo rural

sobre lo urbano— la incidencia de la pobreza total superaba el 50% en el 2002. En Amazonas, Huánuco y Huancavelica más del 80% de la población vivía en situación de pobreza total. En estos mismos departamentos, así como en Puno, Cusco y Apurímac, la incidencia de la pobreza extrema sobrepasó el 50%.

**Gráfico 2**  
**Incidencia de la pobreza total por región geográfica, 2002**



Fuente: ENAHO 2002 - IV trimestre

En 2001, 79,6% de los hogares tenía jefatura familiar masculina y 20,4% femenina. De acuerdo con los datos de la ENAHO, no hay diferencias significativas en la incidencia de la pobreza entre mujeres y hombres. No obstante, algunos estudios<sup>1</sup> señalan que los hogares encabezados por mujeres tienen mayores probabilidades de ser pobres que aquéllos encabezados por hombres. Una ilustración clara de dicha proyección es el caso de los hogares monoparentales, que constituyen el 30,1% de los hogares en el Perú. El 93,3% de los jefes de hogares monoparentales son mujeres; de éstos, cerca de la mitad son pobres. La incidencia de la pobreza y la pobreza extrema en estos hogares encabezados por mujeres es sumamente elevada en el caso de la zona rural.

La estimación de la brecha de la pobreza<sup>2</sup> muestra que se necesita transferir a los pobres el equivalente al 20,36% de la línea de pobreza nacional para eliminarla. Si bien el indicador no permite distinguir los matices de severidad de la pobreza, los datos desagregados por dominio geográfico revelan que los pobres son más pobres en las zonas rurales, particularmente en la

**Cuadro 2**  
**Distribución de la pobreza por género en hogares monoparentales, 2001**

	Jefa mujer		Jefe varón	
	Pobre	Pobre extremo	Pobre	Pobre extremo
Urbano	31,2%	6,9%	16,5%	1,9%
Rural	69,5%	46,3%	39,2%	20,3%
Total	42,6%	18,6%	24,3%	8,2%

Fuente: ENAHO 2001 - IV trimestre  
Elaboración: OPS/OMS (2004)<sup>3</sup>

Sierra (40,26% de la línea de pobreza). A nivel departamental, se tiene que la brecha excede el 30% de la línea de pobreza en 2002 en los casos de Huánuco, Huancavelica, Amazonas, Puno, Apurímac, Cajamarca y Ayacucho.

La intensidad de la pobreza en el Perú está ligada a grandes inequidades en la distribución del ingreso. En este sentido, la naturaleza de la exclusión económica de millones de personas en el Perú tiene dos caras. Por un

## ESTADÍSTICAS

La utilización del indicador *proporción de la población cuyos ingresos per cápita son inferiores a US\$ 1 y US\$ 2 diarios* es sumamente difícil en el caso peruano debido a la debilidad de la comparabilidad monetaria aun dentro de los términos de paridad de poder adquisitivo que utiliza el Banco Mundial (BM). Por esta razón, los cálculos de pobreza extrema y pobreza total con el patrón de US\$ 1 y US\$ 2 diarios de ingreso per cápita arrojan valores especialmente bajos respecto al resto de la región y el mundo, y muestran realidades muy diferentes a las de otras naciones con niveles de desarrollo económico y social similares.

Es por ello que los cálculos presentados aquí han sido realizados siguiendo la metodología de línea de pobreza de gasto desarrollada por el INEI. Para determinar la línea de pobreza, INEI toma como referencia una canasta de consumo normativa, generada para cada región del país. Considera en pobreza extrema la situación de las familias que no cubren la canasta alimentaria y en pobreza crítica (o total) a quienes no cubren el total del consumo considerado necesario. INEI aplica esta metodología —con correcciones periódicas— desde 1996 en la ENAHO.

<sup>1</sup> Véase, por ejemplo, Javier Herrera (2002) *La Pobreza en el Perú. Una Visión Departamental*, Lima, INEI.

<sup>2</sup> El indicador *brecha de pobreza* busca medir cuán pobres son los pobres. Se define como la diferencia promedio entre el gasto total per cápita de los pobres y la línea de pobreza. Por esa razón, es una medida de los recursos que tendrían que ser transferidos a los pobres para eliminar la pobreza.

<sup>3</sup> Cf. OPS/OMS (2004) *Informe final de línea de base de diferencias e inequidades en la salud de peruanas y peruanos*.

lado, existe una exclusión de tipo absoluto determinada por la incidencia de la pobreza. Por otro, hay una exclusión relativa determinada por la desigualdad. Es en este segundo tipo de exclusión donde se generan las percepciones más acendradas de injusticia, que acentúan los riesgos de una situación de conflicto social.

En términos económicos, una aproximación a la medición de la desigualdad se encuentra en la propor-

ción del consumo del quintil más pobre en relación con el consumo total. Dicha proporción fue equivalente a 5,91% del total del consumo urbano y a 7,68% del total del consumo en las zonas rurales<sup>4</sup>. El INEI muestra que no hay mayores variaciones interdepartamentales de este indicador para los años 2001 y 2002, siendo la mediana de consumos del quintil más pobre equivalente a 6,3%-6,7% del total departamental.

## POBREZA, EXCLUSIÓN Y DISCAPACIDAD

El Perú no cuenta con información confiable y reciente sobre la población con discapacidad. De acuerdo con el Censo Nacional de 1993, solo 1,3% de la población tiene algún tipo de discapacidad. Sin embargo un estudio de ese mismo año de la OPS y el Instituto Nacional de Rehabilitación refiere que 31,28% de la población tiene discapacidad y que 13,08% de ese porcentaje vive excluido de la sociedad y sin acceso a servicios de salud, educación y trabajo.

De acuerdo con información obtenida en la Consulta Nacional sobre Discapacidad, organizada por la Comisión Especial de Estudio sobre Discapacidad del Congreso de la República en los 24 departamentos del país —y que congregó a más de 7.700 personas— la mayoría de personas con discapacidad vive en hogares de bajos ingresos y condiciones precarias. De un lado, la presencia de una discapacidad en el hogar intensifica las carencias de todo el grupo familiar, dado que es necesario hacer gastos adicionales en salud, educación y transporte. De otro, la misma pobreza propicia discapacidad. Si se toma en cuenta los porcentajes de pobreza (54,8%) y extrema pobreza (24,4%) en el país, que van de la mano con deficiencias nutricionales, escaso acceso a sistemas de salud, carencia de servicios sanitarios y baja calidad de la educación, podemos apreciar cómo se va tejiendo el círculo perverso de pobreza, exclusión y discapacidad.

Una ilustración dramática de lo expuesto es el caso de una escuela de educación especial en Madre de Dios, donde casi la mitad de los alumnos tiene parálisis cerebral producto de fiebres altas que no recibieron atención médica oportuna y adecuada.

Según lo señalado durante la Consulta, los derechos que menos se cumplen están referidos al trabajo, la educación y el acceso a una vida independiente y digna, así como a la justicia y a servicios de salud. El cumplimiento de los derechos relacionados con su participación en la sociedad civil y política, es considerablemente limitado: el 87% de las personas con discapacidad reporta que se sienten ciudadanos de segunda categoría.

Para romper este círculo perverso, prevenir la instalación de discapacidades en la población y lograr cambios sostenibles en la calidad de vida de las personas con discapacidad, es necesario fortalecer líderes, organizaciones e instituciones públicas y privadas en la vigilancia de los derechos. La construcción de una sociedad democrática se hace con todos.

<sup>4</sup> De acuerdo con la información estadística disponible, el punto más bajo para este indicador se registró en 1977, cuando el quintil más pobre consumió el 3,5% del total nacional.



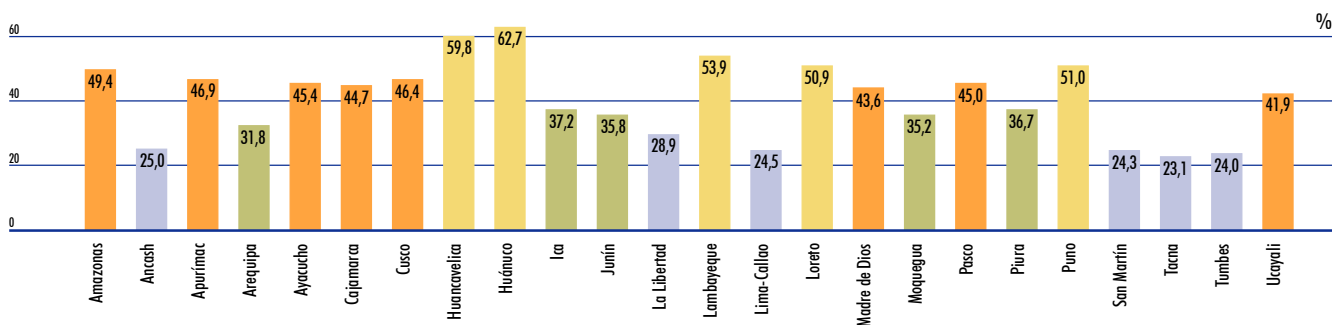
**Mapa 2**  
Porcentaje de hogares que presentan déficit calórico, 2002

- menos de 30%
- entre 30% y 40%
- entre 40% y 50%
- más de 50%

Promedio nacional = 35,8%  
 Promedio rural = 47,7%  
 Promedio urbano = 29,4%

Fuente: INEI, ENAHO 2002 - IV trimestre

**Gráfico 3**  
Porcentaje de hogares que presentan déficit calórico, 2002



## HAMBRE

### Meta 2

Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre.

El hambre es una consecuencia ineludible de la pobreza, en especial de la pobreza extrema. Está ligado a la vulneración de derechos vinculados con la privación por desigualdad: educación, acceso a la salud y acceso a agua potable y servicios básicos de saneamiento. La persistencia del hambre en los hogares tiene un impacto nefasto en la nutrición de las niñas y los niños.

La desnutrición en la niñez trunca las posibilidades de desarrollo cognoscitivo y conductual, impide el aprovechamiento y rendimiento escolar y tiene secuelas negativas permanentes en la salud de las personas. En otras palabras, disminuye de antemano los futuros niveles de productividad laboral de los adultos. De acuerdo con los estándares internacionales, en un país bien nutrido la prevalencia de la desnutrición global (la insuficiencia ponderal es medida como peso insuficiente para la edad) en niños y niñas menores de 5 años no debe exceder el 3%. En el caso de América Latina y el Caribe, ésta se redujo de 11% a 8% entre 1990 y 2000<sup>5</sup>.

<b>Cuadro 3</b>			
<b>Insuficiencia ponderal</b>			
	<b>1992</b>	<b>2000</b>	<b>Meta al 2015</b>
% niños < 5 años con	10,8%	7,07%	5,4%
insuficiencia ponderal (peso-edad)			

Fuente: ENDES 1992, 2000

<b>Cuadro 4</b>		
<b>Déficit calórico*</b>		
	<b>1998</b>	<b>2002</b>
% hogares con déficit calórico	22,3%	35,8%

\*No hay datos para 1990

Fuente: ENAHO 1998, 2002 - IV trimestre

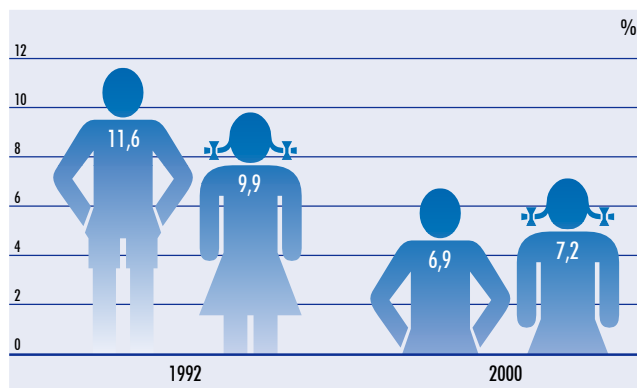
Debido a diferencias en metodología y muestreo de las ENDES de 1992, 1996 y 2000, no es conveniente aproximarse a la información de insuficiencia ponderal en menores de 5 años desde una perspectiva comparativa. La información referencial de 1992 presenta un valor de 10,8% para este indicador. Los datos de 2000 revelan que 7,07% de los niños menores de 5 años tenían insuficiencia ponderal.

Un examen diferenciado de niños y niñas muestra que en 1992 la proporción de niños con desnutrición global era mayor que la de las niñas. Los datos de 2000 muestran menores tasas de insuficiencia ponderal para ambos sexos, así como una reversión de la situación anterior en detrimento de las niñas.

Es importante resaltar que la mejoría en el indicador ocurrió tanto en zonas urbanas como rurales, a pesar de las grandes desigualdades aún persistentes entre ambas. Este hecho puede reflejar un componente importante de focalización en los programas orien-

<sup>5</sup> Cf. Chhabra, Ritu y Claudia Rokx (2004) "The Nutrition MDG Indicator. Interpreting Progress", Banco Mundial (HNP Discussion Paper).

**Gráfico 4**  
**Desnutrición global en menores de 5 años, por género**



Fuente: ENDES 1992 y 2000

tados a reducir los niveles de desnutrición, señalando una pauta importante aun en un contexto de crisis como el enfrentado durante el período de análisis.

Al igual que en el caso de los indicadores de pobreza, se encuentran grandes diferencias por dominio geográfico: el 11,7% de los niños menores de 5 años tenían insuficiencia ponderal en las áreas rurales en 2000 y 3,2% en las áreas urbanas. La información desagregada por departamentos muestra que las zonas más críticas son la Selva amazónica (en especial Loreto, Amazonas y Ucayali) y la zona andina (particularmente, Huancavelica, Pasco, Cusco, Apurímac, Cajamarca y Huánuco).

Una mirada a la desnutrición crónica en menores de 5 años —medida por baja talla para la edad— muestra resultados más alarmantes. La desnutrición crónica es el indicador que mejor refleja los efectos a largo plazo de una dieta inadecuada (deficiente en yodo, hierro y micronutrientes), una enfermedad recurrente o ambas. Por ello es el mejor indicador de la persistencia de privación en el largo plazo. De acuerdo con la ENDES, el

promedio nacional alcanzó 25,4% en el año 2000. Al considerar la información departamental, se tiene que 53,4% de los niños menores de 5 años sufrían de desnutrición crónica en Huancavelica, 43,2% en Cusco, 43% en Apurímac y 42,8% en Huánuco en ese mismo año. En otras palabras, alrededor de la mitad de las niñas y los niños de los departamentos andinos mencionados ven vulneradas sus capacidades de enfrentar la pobreza debido al impacto directo de la desnutrición crónica sobre su desarrollo físico y educativo.

La estimación del porcentaje de hogares que presentan déficit calórico ilustra la dimensión de inseguridad alimentaria de la pobreza en el Perú. En 2002, el gasto en alimentos<sup>6</sup> de 35,8% de los hogares del país no alcanzaba los requerimientos calóricos mínimos. Esta cifra revela un empeoramiento de la situación con respecto al año anterior, cuando los hogares con déficit calórico llegaron a representar el 33,3% del total. Al igual que en el caso de los indicadores anteriores, hay una combinación de desigualdades y disparidades regionales en materia de pobreza:

- Las condiciones de las zonas rurales son mucho más críticas que las urbanas. El porcentaje de hogares con déficit calórico es 29,4% en las zonas urbanas y 47,7% en las rurales. Entre estas últimas, la Sierra rural (49,3%) y la Selva rural (50,5%) sobresalen por la precariedad de su situación.
- Los datos desagregados por departamentos muestran que incluso en aquellos con menor déficit calórico (Tacna, Tumbes, San Martín, Lima-Callao) los porcentajes son elevados (23%). Dicha situación es sumamente preocupante puesto que implica que en los departamentos con mayor nivel de desarrollo, 1 de cada 4 hogares carece de condiciones de seguridad alimentaria.

<sup>6</sup> No hay estadísticas sobre consumo, por lo que se utiliza el gasto de los hogares en alimento como un *proxy* para calcularlo.

## CONTEXTO INSTITUCIONAL

En un país pobre y desigual, las luchas contra la pobreza y el hambre constituyen temas históricos e infaltables del discurso público. Éstas son emprendidas de maneras disímiles por el Estado y otros actores sociales. Así, el reconocimiento de la magnitud del problema de la pobreza y la necesidad de reducirla se reflejan en su inclusión en el Acuerdo Nacional. La Décima Política de Estado busca “dar prioridad efectiva a la lucha contra la pobreza y la reducción de la desigualdad social aplicando políticas integrales y mecanismos orientados a garantizar la igualdad de oportunidades económicas, sociales y políticas.” Adicionalmente, en 2003 se aprobó la política específica de lucha contra la pobreza por medio del D.S. 002-2003-PCM, “Bases para la Estrategia de Superación de la Pobreza y Oportunidades Económicas para los Pobres”. Recientemente, los esfuerzos por articular y fortalecer la política social han sido formalizados por la aprobación del “Plan Nacional para la Superación de la Pobreza 2004-2006”, la “Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria 2004-2015” y la “Estrategia de Desarrollo Rural”. Los dos primeros establecen sus metas e indicadores en concordancia con los de la Declaración del Milenio y en los ODMs resultantes.

Las acciones de lucha contra la pobreza y el hambre son realizadas por una multiplicidad de entidades estatales y de la sociedad civil. En años recientes, además, algunas empresas del sector privado incorporaron programas de alivio de la pobreza y desarrollo de capacidades a sus actividades de responsabilidad social.

En el Gobierno Central:

- El Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES) tiene la misión de diseñar, proponer y ejecutar la política de desarrollo social y humano promoviendo la equidad de género y la igualdad de oportunidades para la mujer, la niñez, la tercera edad y las poblaciones en situación de pobreza y pobreza extrema discriminadas y excluidas.
- El Ministerio de Relaciones Exteriores, dentro de sus actividades de Diplomacia Social, busca una mayor articulación entre la gestión externa, la cooperación internacional y el logro de los objetivos sociales del país.

Hasta el año 2003, la ejecución de los programas de política social estuvo a cargo de muchas entidades —en su mayoría adscritas al Gobierno Central. En el caso de la lucha contra el hambre, si bien no se identificaba políticas específicas, sí se encontraba un sinnúmero de programas implementados por diversas entidades estatales. En 2003 hubo 112 programas gubernamentales destinados a aliviar la pobreza y el hambre de la población, el total de cuyos montos equivalió a aproximadamente 4,5% del presupuesto nacional. La mayoría de éstos fueron programas de reducción de pobreza, entre los que se incluyen los Programas A Trabajar Urbano y de Apoyo a la Pequeña y Micro Empresa —ambos liderados por el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo— el Programa A Trabajar Rural (FONCODES - MIMDES), el Programa Nacional de Manejo de Cuencas Hidrográficas y Conservación de Suelos del Ministerio de Agricultura (MINAGRO) y el Programa Techo Propio a cargo del Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento (MINVIV). La mayor parte de los programas alimentarios —suman 14— fueron ejecutados por el Programa Nacional de Asistencia Alimentaria (PRONAA) y dirigidos a diferentes grupos de beneficiarios. Entre éstos se encuentran los programas infantiles, los programas escolares y los comedores populares.

En el marco de la política de descentralización, en el 2003 se inició la transferencia de los programas sociales de complementación alimentaria y de los proyectos de infraestructura social a los gobiernos loca-



les<sup>7</sup>. La Ley de Presupuesto 2004 establece los mecanismos para ello. Dicha transferencia y el monitoreo de la ejecución por la municipalidad por parte de los Comités de Gestión prevee la participación de la ciudadanía y de actores relacionados como los productores locales<sup>8</sup>. La descentralización es aún un proceso incipiente, que presenta riesgos y oportunidades para el logro de los objetivos de lucha contra la pobreza y el hambre. Debido a ello, la capacitación de los gobiernos locales en el manejo de programas de política social es esencial. Los compromisos de capacitación del MIMDES y del Consejo Nacional de Descentralización (CND), así como los lineamientos para el fortalecimiento de los programas (D.S. 009-2004-PCM) constituyen elementos positivos en este proceso.

Probablemente uno de los avances más importantes en la institucionalización nacional de la lucha contra la pobreza fue la creación de la Mesa de Concertación de Lucha contra la Pobreza y Oportunidades para los Pobres en el año 2000. La Mesa, que coordina di-

rectamente con la PCM, reúne por primera vez a representantes de ministerios, gobiernos regionales, gobiernos locales, Iglesias e instituciones confesionales, ONGs, organizaciones sociales de base, sector privado empresarial y organismos de cooperación internacional, con el objetivo de lograr un consenso sobre la forma más transparente, justa y eficiente de luchar contra la pobreza en cada región, provincia y distrito del Perú. Actualmente hay 23 mesas regionales, 174 provinciales y más de 1.000 distritales. En junio de 2001, la Mesa elaboró la Carta Social, que establece la orientación, los instrumentos y los compromisos institucionales de largo plazo para guiar acciones colectivas que incrementen la cobertura, eficiencia y calidad de la lucha contra la

pobreza. Dicha carta compromete a los gobiernos regionales y locales a elaborar e implementar planes concertados y presupuestos participativos con la sociedad civil organizada.

Si bien los pobres son usualmente olvidados en la identificación de los actores encargados de luchar contra la pobreza y el hambre, la realidad nos muestra que las iniciativas generadas “desde abajo” también tienen impactos significativos en el alivio de estos problemas y en el desarrollo social. Un ejemplo crucial lo constituye la experiencia de los comedores populares autogestionarios liderados por organizaciones de mujeres de los sectores urbanos populares. Actualmente hay cerca de 1.400 comedores autogestionarios en Lima y 10.000 a nivel nacional, los cuales integran una red que agrupa a 240 mil mujeres<sup>9</sup>. Otras experiencias de éxito emergente son el desarrollo de la microempresa —apoyada a nivel estatal por la Ley de Promoción y Formalización de la Micro y Pequeña Empresa (Ley N° 28015)— y las actividades de microfinanzas:

<sup>7</sup> Los lineamientos para los procesos de transferencia de los programas de PRONAA y FONCODES aparecen en <[www.mimdes.gob.pe/descentralizacion/](http://www.mimdes.gob.pe/descentralizacion/)>.

<sup>8</sup> Ver R.M. 153-2004-MIMDES.

<sup>9</sup> Esta red se ha configurado como actor político al lograr su reconocimiento como organización social de base y la aprobación de la Ley N° 25307 para su promoción.

- Hay más de 1'300.000 microempresas —que representan más del 96% de las empresas registradas en los sectores de producción, comercio y servicios— que generan el 18% de PBI y dan trabajo a 20% de la PEA, constituyendo un potencial de desarrollo empresarial importante. Algunas se han organizado en asociaciones distritales de microempresarios y en la Confederación Nacional de la Micro y Pequeña Empresa.
- Entre 1997 y 2001, el número de programas microfinancieros creció en 253%<sup>10</sup>, siendo las cajas municipales y rurales las que muestran mayor di-

namismo. Destacan también ONGs que brindan servicios de financiamiento como CARE (Edpy-me Edificar), Servicios Educativos, Promoción y Apoyo Rural (SEPAR) e IDESI (Proempresa). El mercado objetivo de las ONGs es la población de escasos recursos, aunque ésta no es siempre atendida. De acuerdo con la Encuesta a Hogares de Pobreza Extrema (HOPE) de 1999, 8,3% de los hogares urbanos en situación de pobreza extrema y 3,5% de los hogares rurales acceden al microcrédito. De éstos, 83% de los hogares urbanos y 96% de los rurales están liderados por hombres<sup>11</sup>.

## DESAFÍOS

### Hacia una cultura de equidad y superación de la pobreza

Los hábitos cotidianos del individuo privado, las decisiones del Estado y los programas de los diversos actores involucrados en la lucha contra la pobreza tienden a estar teñidos por una cultura de exclusión que dificulta el logro del ODM 1. En este sentido, es indispensable un cambio cultural que acompañe a las decisiones políticas más técnicas y concretas para la disminución de la pobreza en el Perú a los niveles acordados para el año 2015. Dicho cambio debe sentar bases para un nuevo paradigma que permita la transversalización de los ideales de equidad y superación desde la conceptualización misma de las políticas.

### Pobreza, crecimiento económico y redistribución del ingreso

Si bien la política social inclusiva, equitativa, focalizada y efectiva es una herramienta necesaria para la reducción de la pobreza, son primordiales la redistribución del ingreso y el crecimiento económico sostenido<sup>11</sup>.

El crecimiento es crucial puesto que tiene efectos directos y significativos en la disminución de la incidencia de la pobreza. El crecimiento económico tiene un impacto positivo en la generación de empleo, en el mejoramiento de las remuneraciones, y por lo tanto en el incremento del ingreso de los hogares. Por otro lado, este mismo incremento del ingreso de la población lleva a la consecuente ampliación potencial de la recaudación tributaria, que puede ser utilizada para financiar un mayor y mejor gasto social.

En una realidad tan desigual como la peruana, la redistribución activa del ingreso es necesaria para permitir que los frutos de ese crecimiento sean también aprovechados por los grupos excluidos de la población —los más pobres, los que viven en las zonas rurales, las poblaciones indígenas, las mujeres, los niños y niñas menores de cinco años, entre otros. En otras palabras, la redistribución es crucial para que el desarrollo humano sostenible alcance por igual a todas las peruanas y los peruanos.

<sup>10</sup> Cf. Vallejos, Jannett (2003) “¿Puede el microcrédito mejorar la situación económica y social de los pobres extremos en el Perú?”, en: Vásquez, Enrique y Diego Winkelried (ed.) *[Buscando el bienestar de los pobres] ¿Cuán lejos estamos?*, Lima, Universidad del Pacífico.

<sup>11</sup> Los requisitos del crecimiento económico y de la redistribución del ingreso para alcanzar los ODMs se detallan en la sección “¿Cómo alcanzar los ODMs en el Perú?” de este Informe.

### **Visión integral de la pobreza y el hambre**

La pobreza y el hambre —en especial el hambre— suelen ser abordados de manera individualizada y sectorizada. Debido a ello, no se consigue la debida articulación con las acciones de otros sectores, por lo que no hay un enfoque de atención integral dirigido a la población con más carencias.

### **Problemas de focalización y filtración**

No existe una adecuada focalización de los programas, por lo que generalmente los que más necesitan no reciben la ayuda necesaria y, por el contrario, los que no son los más necesitados pueden recibir apoyo hasta de dos o tres programas simultáneamente. Por otro lado, los estudios académicos revelan la existencia de problemas de filtración en muchos programas, estimados en rangos de 50% a 100% del valor de los programas.

### **Diseño de políticas y programas de lucha contra la pobreza y el hambre**

Para mejorar las probabilidades de acercamiento al ODM 1 es necesario establecer políticas, programas y acciones que den un marco operativo adecuado a los actores involucrados. A continuación se proponen algunos aspectos que se considera pueden contribuir a construir dicho marco:

- Diseño de programas integrales con la participación del Estado, la sociedad civil y la población objetivo para lograr su apropiación y, consecuentemente, su ejecución y defensa.
- Establecimiento de compromisos entre las partes involucradas, con el propósito de que los programas diseñados formen parte de las políticas de Estado de largo plazo.
- Inclusión de sistemas de evaluación permanente y de cuantificación de impactos en los programas, cuyos resultados constituyan insumos para su reorientación y mejoramiento.

### **Lucha contra el hambre**

En el caso específico de la lucha contra el hambre, se consideran desafíos importantes:

- Crear conciencia de que la causa fundamental del hambre y la inseguridad alimentaria es la falta de acceso a los alimentos como resultado de la pobreza y de la distribución desigual del ingreso.
- Reconocer que la alimentación de calidad es un derecho inalienable de todos los ciudadanos y que es deber del Estado crear las condiciones para que la población pueda ejercerlo.
- Que los programas implementados aborden las tres dimensiones de la seguridad alimentaria —oferta, acceso y consumo—, lo cual implica la necesidad de acciones interrelacionadas en las áreas de mejoramiento de ingresos, acceso a alimentos baratos, programas específicos de atención alimentaria y aumento de la oferta de alimentos básicos, en especial a nivel de unidades familiares de producción y autoconsumo. ■

# 2

OBJETIVO DE DESARROLLO DEL MILENIO



**Lograr  
la educación primaria  
universal**

# OBJETIVO DE DESARROLLO DEL MILENIO 2 LOGRAR LA EDUCACIÓN PRIMARIA UNIVERSAL



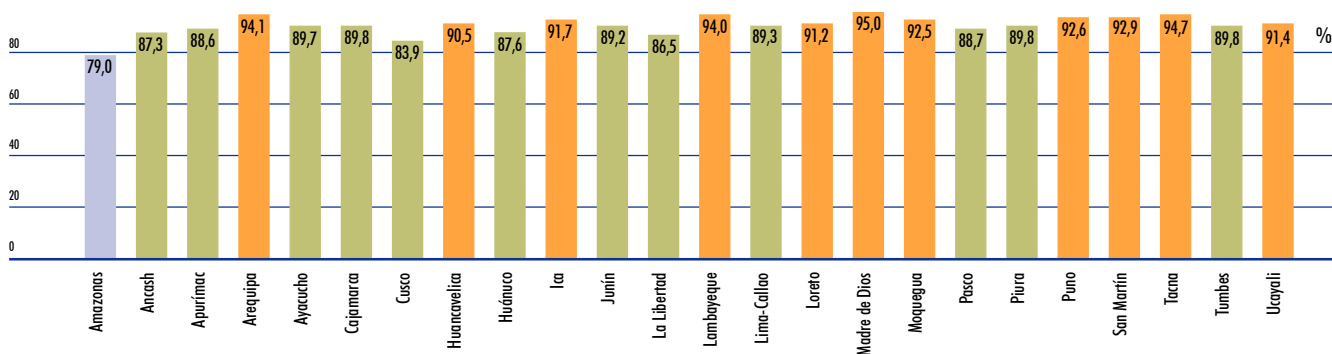
**Mapa 3**  
Tasa neta de matrícula en educación primaria (niños y niñas en edad normaliva), 2002

- menos de 80%
- entre 80% y 90 %
- más de 90%

Promedio nacional = 89,50%  
 Promedio rural = 87,53%  
 Promedio urbano = 90,72%

Fuente: INEI, ENAHO 2002 - IV trimestre

**Gráfico 5**  
Tasa neta de matrícula en educación primaria, 2002



**Meta 3**

**Velar para que en el año 2015 los niños y las niñas puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria.**

**Cuadro 5****Situación actual de la educación**

	1991	2002	Meta al 2015
Tasa neta de matrícula educación primaria <sup>1</sup>	90,60%	89,50%	100,00%
Tasa de supervivencia al quinto grado <sup>2</sup>	75,10%	84,10%	100,00%
Tasa alfabetismo 15-24 años	-	96,64%	100,00%

Fuente: ENNIV 1991, ENAHO 1997, 2002

**ESTADÍSTICAS**

Los tres indicadores propuestos para el monitoreo del ODM 2 no permiten evaluarlo debido a que el foco de atención debe estar centrado en la conclusión de la educación primaria de todos los niños y niñas.

- La *tasa neta de matrícula* considera el porcentaje de niños en edad normativa que están matriculados en educación primaria. Por lo tanto, no es una medida de conclusión sino de acceso y eficiencia del sistema educativo de una determinada cohorte de la población.
- La *tasa de supervivencia al quinto grado* mide la capacidad de retención y la eficiencia interna del sistema educativo. Consecuentemente, solo considera a los niños que se encuentran al interior de éste, dejando de lado a los que lo han abandonado o nunca se han insertado en él. Además, solo considera el porcentaje de alumnos que logran alcanzar el quinto grado de educación primaria, lo que no asegura que prosigan sus estudios y culminen exitosamente el nivel primario.
- La *tasa de alfabetismo* de la población de 15 a 24 años no es una medida de conclusión del nivel primario.

Debido a estas razones, se propone que los informes posteriores utilicen el *porcentaje de la población de 15 a 19 años que al menos cuenta con educación primaria* como indicador para medir efectivamente el ODM 2. La propuesta metodológica de dicho indicador ha sido desarrollada por la Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe de la UNESCO<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Para el cálculo de la tasa neta de matrícula en educación primaria se utilizó el indicador *tasa neta de asistencia* con información provista por ENAHO. Ello se debe a que la información de matrícula que compila el MINEDU tiene (i) problemas de sobrerregistro (asociado a dificultades administrativas y políticas); y (ii) no incluye proyecciones de población para dominios pequeños.

<sup>2</sup> Para estimar la tasa de supervivencia al quinto grado se utilizó la información estadística del Ministerio de Educación. El indicador tiene limitaciones importantes. En primer lugar, la información sobre la eficiencia interna (base del modelo de reconstrucción de cohortes) tiene algunos problemas de consistencia. Por ejemplo, en todos los años para los que se cuenta con información, la magnitud absoluta de promovidos de un año dado es superior al número total de aprobados del año anterior. En segundo lugar, la información del censo escolar no permite el control de los traslados (lo que supondría contar con información a nivel de alumno), hecho que acarrea problemas para el cálculo de las tasas de eficiencia interanual a cualquier nivel de agregación de la información, excepto en el agregado nacional.

<sup>3</sup> Véase Guadalupe, C. y P. Louzano (2003) *Measuring Universal Primary Completion in Latin America*, UNESCO, <www.unesco.cl/siri>.

## SITUACIÓN ACTUAL

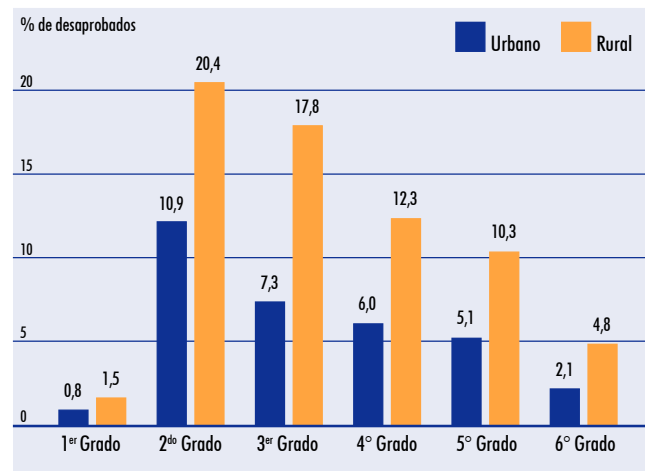
Ningún bien es tan valorado por la población pobre en el Perú como el acceso a una educación de calidad. Esa demanda se funda en una intuición certera: la educación es la vía insustituible para acceder a un mejor nivel de vida. CEPAL traza al respecto un serio desafío para la región al afirmar que es necesario que una persona tenga al menos diez años de escolaridad para que la educación pueda contribuir a la reducción de la pobreza<sup>4</sup>.

El Perú exhibe una alta tasa de matrícula en educación primaria para la población de 6 a 11 años. A pesar de ello, en promedio, uno de cada diez niños y niñas peruanos no tiene acceso a la escuela. Esta situación es más grave en algunos departamentos como Amazonas, donde 20% de los niños y niñas no recibe educación primaria. Adicionalmente, existen serios riesgos relacionados con la conclusión de la educación primaria, la consecución de los logros de aprendizaje correspondientes<sup>5</sup> y la calidad de la educación.

La tasa neta de matrícula en educación primaria llegó a 90% a principios de la década de 1990 y se ha mantenido en ese nivel a pesar de las políticas emprendidas para facilitar el acceso (por ejemplo, ampliación de turnos en las ciudades e incremento de centros educativos unidocentes y multigrados en las zonas rurales y de escasa población). No hay diferencias significativas al examinar la matrícula por género. Tampoco las hay en la división urbano-rural, a pesar de que se mantiene la supremacía histórica —ligera en este caso— de lo ciudadano. Se muestran desigualdades más marcadas en el ámbito departamental, pero los problemas de solidez de la información impiden aventurar conclusiones. La tasa de supervivencia al quinto grado se incrementó paulatinamente durante la década, llegando a un promedio de 84,1% en el 2002.

Si bien los indicadores generales son útiles para dar una visión panorámica del acceso a la educación primaria, se necesitan indicadores complementarios específicos que permitan una visión más equilibrada de la realidad. El sistema de educación primaria en el Perú presenta tasas elevadas de desaprobación (8,5% en 2002) y retiro (7,1% en 2002)<sup>6</sup> a nivel nacional, las cuales se traducen en atraso escolar y deserción. La desagregación de la tasa de eficiencia interna muestra disparidades según el área de residencia —urbano versus rural— revelando situaciones más críticas en las zonas rurales, que tienden a tener mayores niveles de pobreza y menores niveles de educación de los padres. Por ejemplo, de acuerdo con datos del 2001<sup>7</sup>, 19,6% de los niños de las zonas rurales son retirados de la escuela en primer grado; dicha proporción varía entre 10% y 8% para los siguientes años escolares. Por otro lado, el 20,4% de los alumnos de segundo grado y el 17,8% de los de tercero repiten el año en las zonas rurales. Las cifras también son altas en las zonas urbanas.

**Gráfico 6**  
Tasa de repitencia por grado en educación primaria, 2000



Fuente: MINEDU, Unidad de Estadística Educativa

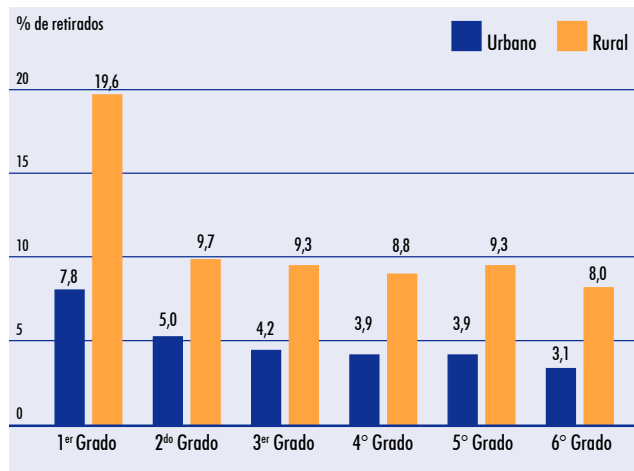
<sup>4</sup> Véase CEPAL (2000) *Panorama social de América Latina 1999-2000*, Santiago de Chile, CEPAL.

<sup>5</sup> Así lo revelan los resultados de las evaluaciones nacionales e internacionales de rendimiento estudiantil. Cf. UNESCO (2000) “Resultados del laboratorio latinoamericano de evaluación de la calidad educativa. Primer estudio comparativo sobre el lenguaje y matemática y factores asociados, para alumnos del tercer y cuarto grado de la educación básica”, en: <[www.minedu.gob.pe/gestión\\_institucional/of\\_planmedumc/indicadores/medicion/resul\\_unesco.htm](http://www.minedu.gob.pe/gestión_institucional/of_planmedumc/indicadores/medicion/resul_unesco.htm)>.

<sup>6</sup> MINEDU – Unidad de Estadística Educativa (UEE), *Censo Escolar 2002*.

<sup>7</sup> MINEDU – UEE, *Censo Escolar 2001*.

**Gráfico 7**  
**Tasas de retiro por grado en educación primaria, 2000**



Fuente: MINEDU, Unidad de Estadística Educativa

La entrada tardía a la educación primaria y la repitencia resultan en el atraso escolar —extra edad— y bajas tasas de conclusión a tiempo. La información provista por la ENDES toma los 11 años como edad normativa para acabar la escuela primaria; se considera que un dato más exacto contemplaría más bien que los 12 años son la edad normativa para iniciar la escuela secundaria. En este sentido, el indicador oficial muestra un promedio nacional de conclusión a tiempo de 34,86% en 2002, significativamente mejor que los obtenidos en 1991 (22,07%) y 1997 (25,83%). Hay evidencia de disparidades en términos de niveles de pobreza y ámbitos geográficos:

- Mientras que el 48,77% de la población no pobre acabó primaria a tiempo en 2002, solo 19,86% de los niños y niñas en situación de pobreza extrema alcanzaron este logro.
- Las zonas urbanas presentan tasas más altas de conclusión a tiempo (43,65% en 2002) que las rurales (19,95%).
- La tasa de conclusión a tiempo en la Sierra y la Selva no sobrepasa el 17,8%.

En el 2001, la Unidad de Medición de Calidad del MINEDU llevó a cabo la Evaluación Nacional de Rendimiento Estudiantil. Los resultados revelaron que la mayoría de escolares concluye su educación primaria sin un manejo adecuado de las competencias de las áreas de Comunicación Integral y Lógico Matemática. Según los resultados de la evaluación realizada a estudiantes de sexto grado<sup>8</sup>, solo 7,5% dominaba las capacidades normativas de comprensión de textos y 7,4% las de resolución de problemas. Al desagregar la información se tiene que no hay diferencias significativas de género mas sí en lo referido a la gestión estatal vs. no estatal y a centros polidocentes vs. multigrados. En estos últimos, correspondientes a las áreas bilingües (castellano-quechua, aymara), se aprecia un fracaso total en el alcance de los logros de aprendizaje. Por otro lado, los resultados del Programa Internacional de Evaluación de Estudiantes de la OCDE, realizado también en el 2001, mostró que de acuerdo con los estándares internacionales el 54% de los estudiantes de 15 años de escuela secundaria son incapaces de manejar las tareas más básicas de lectura comprensiva, por lo que difícilmente pueden utilizarla como instrumento para ampliar sus conocimientos<sup>9</sup>.

¿Qué futuro espera a los infantes actuales con respecto a su educación? Los números muestran que hay una correlación alta entre la educación de los padres —y en especial de la madre— y la educación de los hijos. En otras palabras, es más fácil que padres que no tuvieron acceso a la educación tomen decisiones —por razones de pobreza, factores culturales, ausencia de infraestructura, entre otros— que resulten en la ausencia de educación para sus hijos. Por esta razón, es importante examinar las tasas de alfabetismo de las personas de 15 a 24 años. En el 2002, 96,64% de éstas podían leer y escribir. Esta tasa fluctúa ligeramente a lo largo de la década, y muestra que en el grupo etario examinado hay diferencias de género en perjuicio de la mujer: en el 2002, la tasa de alfabetización señalada alcanzó el 97,67% para la población masculina y el

<sup>8</sup> MINEDU, Unidad de Medición de la Calidad Educativa, *Evaluación Nacional 2001*.

<sup>9</sup> MINEDU (2003) *Programa Nacional de Emergencia Educativa 2004*, p. 4.

95,57% para la femenina. La información por ámbito geográfico revela desigualdades en detrimento de las zonas rurales (91,6%), en particular de la Selva rural (93,36%) y la Sierra rural (89,70%), en comparación con el entorno capitalino (99,12%), como se verá con más detalle en el ODM 3.

## CONTEXTO INSTITUCIONAL

El objetivo de que todos los niños y niñas puedan terminar un ciclo completo de educación primaria en edad normativa en el año 2015 es alcanzable si se mantiene un compromiso claro del Estado al respecto. A nivel internacional, el Perú suscribió el Marco de Acción de Dakar (2000) según el cual todos los niños, jóvenes y adultos, en su condición de seres humanos, tienen derecho a beneficiarse de una educación que satisfaga sus necesidades básicas de aprendizaje en la acepción más noble y plena del término. El país está trabajando actualmente para elaborar el Plan Nacional de Educación para Todos en el marco de los compromisos contraídos en Dakar.

El marco institucional referido a la educación en el Perú está conformado por los acuerdos internacionales, la Constitución Política de 1993 (artículos 13 a 19) y los principios, leyes y códigos domésticos. Todos reconocen el derecho del niño y la niña a la educación primaria obligatoria y gratuita, y comprometen a las

familias a adoptar medidas que fomenten la asistencia regular a las escuelas y que reduzcan las tasas de deserción escolar.

La Duodécima Política de Estado del Acuerdo Nacional se compromete a “[g]arantizar el acceso universal a una educación integral de calidad orientada al trabajo y a la cultura, enfatizando los valores éticos, con gratuidad en la educación pública, y reducir las brechas existentes entre la educación pública y la privada, rural y urbana, incorporando la certificación periódica de las instituciones educativas, el fortalecimiento y revaloración de la carrera magisterial e incrementando el presupuesto del Sector Educación hasta alcanzar un monto equivalente a 6% del PBI”.

El Artículo 14 del Código de los Niños y Adolescentes (Decreto Ley N° 2733, 2000) establece que el Estado asegura la gratuidad pública de la enseñanza para quienes tienen limitaciones económicas. Asimismo, el Plan Nacional de Acción por la Infancia (2002) tiene el objetivo de ofrecer una educación básica de calidad para todos los niños de 6 a 11 años.

Por otro lado, la Ley General de Educación (Ley N° 28044, 2003) postula el acceso a la educación como un derecho fundamental. El Estado garantiza el ejercicio del derecho a una educación integral y de calidad para todos y la universalización de la educación básica. Garantiza también la gratuidad de la educación cuando es provista y administrada por el Estado.

En un contexto crítico en lo referido a la calidad de la educación en el Perú, el gobierno declaró el estado de emergencia educativa en julio del 2003, formalizado por el D.S. 021-2003-ED (agosto de 2003), que facultó al MINEDU para adoptar las medidas necesarias. En sus lineamientos, el MINEDU propuso considerar de emergencia el período 2004-2007, durante el cual se buscaría frenar y revertir el deterioro en la calidad de la educación; priorizar la educación básica; enfatizar la formación continua y actualización de los maestros; y efectuar con carácter de urgencia la evaluación y reparación de aulas y colegios.



## DESAFÍOS

A fin de que todos los niños y niñas logren acceder y concluir la educación primaria habiendo adquirido un manejo adecuado de las competencias correspondientes, se requiere implementar una política educativa inclusiva, que supere los problemas vinculados con la exclusión de los grupos identificados en condiciones de mayor dificultad: zonas rurales, bilingües, en pobreza extrema. Ello supone implantar una educación de calidad para todos, que cumpla con los criterios de equidad, calidad y pertinencia.

Los patrones de exclusión social son, como la pobreza, otro reto que el Perú debe vencer en el terreno educativo. Se requiere una política inclusiva que corrija el abandono de niños y niñas en zonas rurales o de grupos bilingües o en situación de pobreza extrema. El reto es ofrecer a todos por igual no solo cobertura educativa sino también educación de calidad.

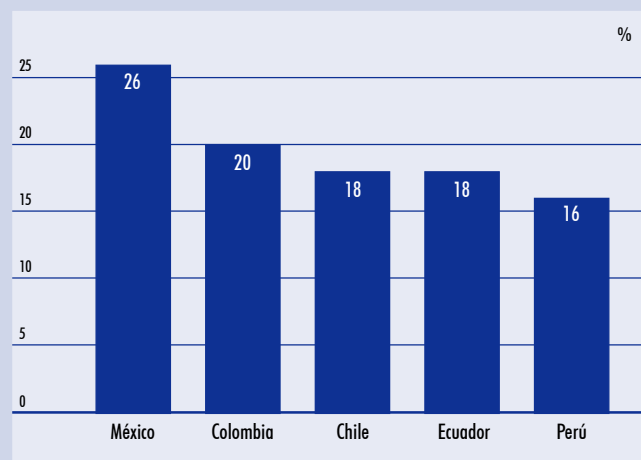
### ¿Cuánto se invierte en educación en el Perú?

La inversión pública en educación es una de las más bajas de la región latinoamericana. Entre 1992 y 2001, el Gobierno Central asignó un promedio anual de 16% de su inversión al sector educación. En otras palabras, la inversión por alumno fue equivalente a aproximadamente 8% del PBI per cápita en el caso de la educación primaria y a 10% en el caso de la educación secundaria. Si bien no es el único, la mejora en la combinación de niveles de inversión y efectividad del gasto educativo constituye uno de los retos más importantes para lograr una oferta educativa de calidad y niveles elevados de aprendizaje.

Entre 1970 y 2000, la matrícula en establecimientos educativos estatales se expandió a una tasa promedio anual de 3,04%, en parte como respuesta a las presiones sociales por un mayor acceso a la educación estatal. El gasto público real en educación tendió a mantenerse constante, especialmente en el período 1970-1990. Ello llevó a que el gasto corriente en educación primaria alcanzase el punto bajo de US\$ 79 por alumno en 1990-1992. Dicho monto se recuperó a US\$ 128 en 1997 y a US\$ 135 por alumno en el 2000<sup>10</sup>. En términos de porcentaje del PBI, el gasto público en educación sigue siendo muy bajo en comparación con el de otros países latinoamericanos de ingreso medio. En un contexto de desarrollo regional desigual —como el peruano— las regiones más pobres y menos desarrolladas son las receptoras de los menores niveles relativos del gasto en educación.

Es necesario mejorar la inversión educativa en las zonas de pobreza y extrema pobreza. Una manera de hacerlo puede ser el establecimiento de mecanismos de compensación en la

**Gráfico 8**  
**Inversión del Gobierno Central en el sector educación, 2001**  
(como % de PBI)



Fuente: UNICEF

<sup>10</sup> Cf. Saavedra, Jaime y Pablo Suárez (2002) *El financiamiento de la educación pública en el Perú: el rol de las familias*, Documento de Trabajo N° 38, Lima, Grade.

educación primaria estatal para asegurar la equitativa distribución territorial y social de los servicios. En lo referido a los docentes —la remuneración promedio del docente de la escuela pública tiende a ubicarlo como miembro de la población pobre del país— se considera necesario mejorar sus condiciones laborales y académicas, así como establecer mecanismos de vigilancia que garanticen su acreditación. Asimismo, se considera conveniente fortalecer los programas de formación inicial y capacitación permanente de docentes de educación primaria sobre todo en la enseñanza-aprendizaje de la lecto-escritura y de las matemáticas. En las áreas rurales, dicha capacitación debería enfatizar en metodologías y estrategias de enseñanza-aprendizaje en aulas multigrado e incrementar y mejorar sustantivamente la calidad de los programas de educación bilingüe intercultural<sup>11</sup>.

### Hacia una educación de calidad

Si bien en los últimos diez años gran parte de la inversión del sector ha sido destinada a la mejora de la educación primaria<sup>12</sup>, aún hay mucho camino por recorrer para consolidar una política de educación inclusiva. No solo se busca lograr que todos los niños y niñas accedan a la educación, sino que la culminen a tiempo y con el dominio de las competencias y las capacidades correspondientes. Para ello es necesario:

- Diseñar y desarrollar consensualmente una estrategia principal para la universalización de la educación primaria completa en el Perú, que contribuya a encarar los desafíos señalados, y lograr que dicha estrategia sea un componente indispensable del Proyecto Nacional de Educación y del Pacto Social por una educación inclusiva y de calidad para todas y todos los peruanos.
- Atender a través de programas flexibles, funcionales, pertinentes e intersectoriales comprendidos en el ámbito de la educación primaria alternativa, a las niñas, niños y adolescentes que no acceden a la educación primaria, a los que desertan y a los que trabajan. Para ello se requiere desarrollar estrategias y modalidades diversificadas adecuadas a las condiciones de vida de estos grupos de niños y adolescentes. Asimismo, atender de manera particular a los niños y niñas con necesidades especiales, incluidos en la educación regular del nivel primario y a los que ingresan tardíamente al sistema educativo.
- Mejorar las condiciones de escolaridad y los logros de aprendizaje de los niños y niñas incidiendo en el trato que se les da, incrementar el número de horas efectivas de aprendizaje<sup>13</sup> y ampliar el acceso de niñas y niños que asisten a programas de educación inicial y que han desarrollado habilidades básicas de comunicación, sociales y cognitivas. Asimismo, establecer programas de recuperación pedagógica a lo largo del año escolar, especialmente en zonas urbano marginales, rurales y bilingües, para ofrecer a los niños y niñas el refuerzo necesario para la superación de sus dificultades, de modo que se puedan nivelar con sus compañeros y logren los objetivos del ciclo.

<sup>11</sup> Permitiendo que cuenten con materiales educativos no solo en lenguas vernáculas sino también los necesarios para el aprendizaje del castellano como segunda lengua.

<sup>12</sup> Especialmente vía la dotación de materiales educativos, reforma curricular, capacitación docente y rehabilitación de infraestructura escolar.

<sup>13</sup> Diversas investigaciones realizadas a mediados de la década pasada encontraron que el número de horas de clase dictadas en las áreas urbanas fluctuaban entre el 50% y 70% de lo establecido, mientras que no llegaba a 30% en las escuelas multigrado de las áreas rurales.

- Establecer mecanismos eficaces de movilización y vigilancia social a través del mejoramiento de los sistemas de información, especialmente en las regiones que requieren ser priorizadas y en lo que se refiere a las necesidades de educación especial y otros sectores específicos: población infantil bilingüe, niños trabajadores, entre otros.
- Asegurar la ampliación del acceso a la educación inicial. La asistencia a programas de educación inicial prepara a las niñas y niños para desempeñarse con más probabilidades de éxito en la escuela primaria. De acuerdo con un estudio realizado por Cueto y Díaz<sup>14</sup> en nueve escuelas públicas de Lima, las probabilidades de obtener resultados satisfactorios en lenguaje y matemáticas aumentan en 25% y 22%, respectivamente, en los niños que han tenido acceso a una educación inicial escolarizada. Actualmente, solo la mitad de los niños y niñas en edad preescolar tiene acceso a la educación inicial. En el caso de los niños y niñas de 5 años —para quienes se implementó la universalización de la educación inicial a partir de 1996— se tiene que el acceso asciende a 74,8%, pero que aproximadamente 50% del mismo corresponde a la modalidad no escolarizada, caracterizada por una calidad baja e irregular<sup>15</sup>. ■

<sup>14</sup> Cueto, Santiago y Juan J. Díaz (1999) “Impacto de la educación inicial en el rendimiento del primer grado de primaria en escuelas públicas urbanas de Lima”, *Revista de Psicología*, vol. 17, N° 1, Lima, Pontificia Universidad Católica del Perú; pp. 54-91.

<sup>15</sup> Según Cueto y Díaz (*ibid.*), sin embargo, el acceso a esta modalidad, por más irregular que sea, de todas maneras incrementó las probabilidades de éxito en lenguaje y matemáticas (en porcentajes menores a los reflejados en la modalidad escolarizada).





**Promover  
la igualdad de género  
y la autonomía  
de la mujer**

# OBJETIVO DE DESARROLLO DEL MILENIO 3 PROMOVER LA IGUALDAD DE GÉNERO Y LA AUTONOMÍA DE LA MUJER



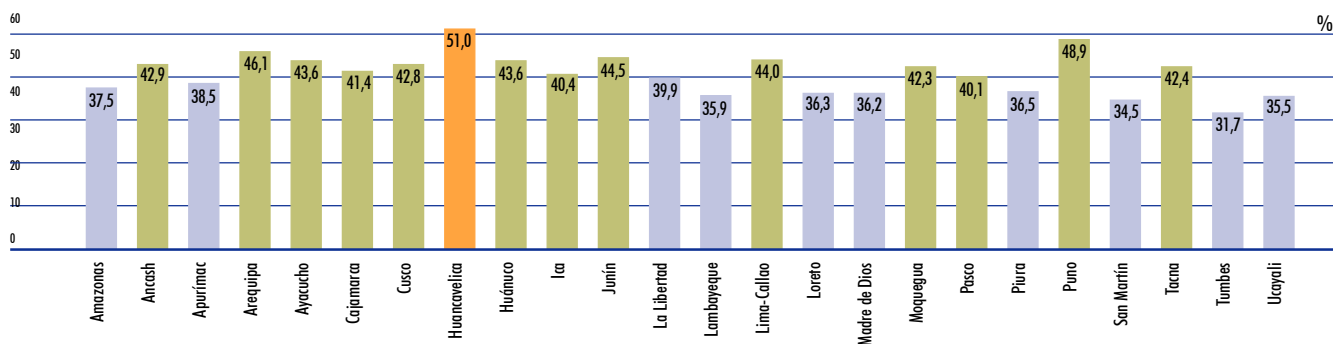
**Mapa 4**  
**Proporción de mujeres entre los empleados asalariados en el sector no agrícola, 2002**

- menos de 40%
- entre 40% y 50 %
- más de 50%

Promedio nacional = 42,20%  
 Promedio rural = 39,60%  
 Promedio urbano = 43,37%

Fuente: INEI, ENAHO 2002 - IV trimestre

**Gráfico 9**  
**Proporción de mujeres entre los empleados asalariados en el sector no agrícola, 2002**



**Meta 4**

**Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de enseñanza antes del fin del 2015.**

**Cuadro 6****Relación porcentual niñas-niños en el sistema educativo**

	1991	1997	2002	Meta al 2015
Educación primaria	98,54%	97,16%	99,86%	100,00%
Educación secundaria	94,47%	100,56%	90,28%	100,00%
Educación superior	77,73%	110,44%	101,90%	100,00%

Fuente: ENNIV 1991; ENAHO 1997, 2002 - IV trimestre

**Cuadro 7****Proporción de mujeres entre empleados asalariados del sector no agrícola**

1991	2002
41,29%	42,2%

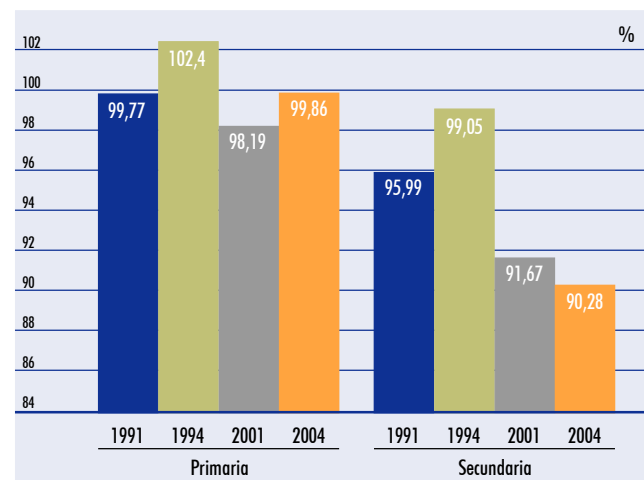
Fuente: ENNIV 1991; ENAHO 2002 - IV trimestre

**SITUACIÓN ACTUAL****Educación y género**

En el Perú los niños y las niñas tienen una presencia casi igualitaria en la escuela primaria. La información sobre acceso a la educación en la década de 1990 muestra que, a nivel nacional, hay progreso hacia una casi igualdad entre niñas y niños en el caso de la educación primaria, un retroceso sostenido perjudicial a las niñas en el caso de la educación secundaria y cifras volátiles que pueden aproximarse a la igualdad en lo referido a la educación superior.

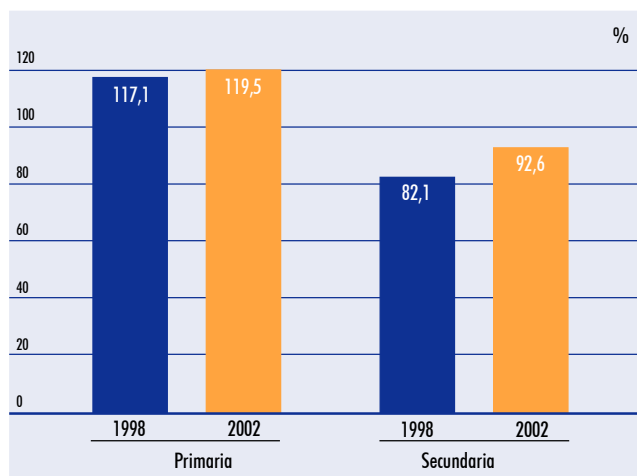
Dicha situación de pseudo igualdad deja de ser tal al desagregar el indicador por niveles de pobreza, especialmente en los casos de educación secundaria y superior en el sector de pobreza extrema, donde la relación niñas-niños fue 80,49% para la educación secundaria y 79,4% para la educación superior en el 2002. En otras palabras, ante una situación de pobreza extrema, se tiende a sacrificar la educación de las niñas. Dicha desigualdad de género —creciente de acuerdo con las estadísticas oficiales— es mayor en el caso de

la zona de Sierra rural y aparece asociada con una mayor incidencia de la pobreza y patrones culturales particulares, lo cual incide en mayores probabilidades de discriminación y exclusión en el futuro. En el 2002, alrededor de 6,5 niñas por cada 10 niños tuvieron ac-

**Gráfico 10****Relación porcentual niñas-niños por nivel educativo**

Fuente: ENNIV 1991, 1994; ENAHO 2001, 2002

**Gráfico 11**  
**Relación porcentual entre la tasa de deserción de niñas y niños de la educación primaria y secundaria**



Fuente: Censo Escolar 1998 y 2002, Unidad de Estadística Educativa de MINEDU

ceso a la educación secundaria, y 6,2 mujeres jóvenes por cada 10 hombres a la educación superior en la zona de Sierra rural.

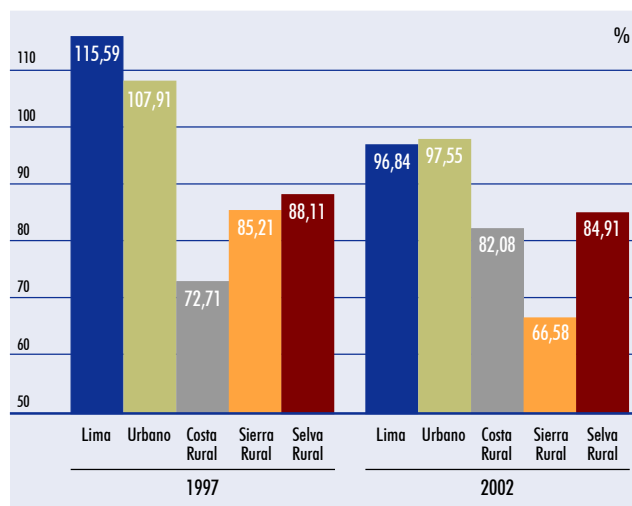
Este último dato puede estar relacionado con el hecho de que las niñas desertan de la escuela con mucha mayor frecuencia que los varones durante la educación primaria. No obstante, en la escuela secundaria la deserción es más frecuente entre los varones por su participación en algunas actividades productivas. Obsérvese, en el gráfico 11, que en el 2002 por cada cien estudiantes varones que desertaban de la escuela secundaria, lo hacían 92,6 mujeres; en cambio, en la educación primaria, en el 2002 por cada cien varones que dejaban la escuela desertaban 119,5 mujeres.

En general, la revisión detallada de la información permite identificar problemas crecientes de desigualdad en detrimento de las niñas en zonas rurales y de extrema pobreza. Ello también se ve reflejado en los valores de este indicador en los departamentos del Trapecio Andino y Trapecio Amazónico en el período 1997-2002.

### Género y alfabetismo

La relación entre las tasas de alfabetismo de las mujeres y los hombres de 15 a 24 años muestra una diferencia muy pequeña (menor a 5 puntos porcentuales) a

**Gráfico 12**  
**Relación porcentual niñas-niños en educación secundaria**



Fuente: ENAHO 1997, 2002 - IV trimestre

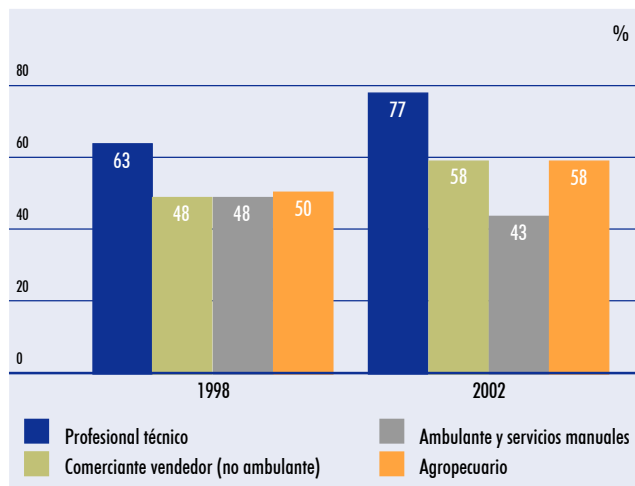
nivel nacional en detrimento de las mujeres. Dicha disparidad se agrava al considerar solamente la población rural, ya que en ese caso la relación disminuye a 84,5% para dicho grupo etéreo. Las diferencias son mucho más visibles entre personas de mayor edad, lo cual señala la existencia de patrones ancestrales de exclusión

**Cuadro 8**  
**Relación entre tasas de alfabetismo de mujeres a hombres, 2002**

Grupo de edad (en años)	Urbano	Rural	Total
15 a 19	100%	95%	99%
20 a 24	100%	86%	97%
25 a 29	98%	84%	95%
30 a 34	97%	74%	92%
35 a 39	96%	71%	90%
40 a 44	94%	65%	88%
45 a 49	91%	51%	83%
50 a 54	88%	44%	79%
55 a 59	83%	45%	74%
60 a 64	80%	32%	70%
65 +	75%	25%	65%
<b>Total</b>	<b>93%</b>	<b>70%</b>	<b>88%</b>

Fuente: ENAHO 2002 - IV trimestre

**Gráfico 13**  
**Porcentaje de la remuneración media de las mujeres respecto a la de hombres por tipo de trabajo**



Fuente: ENAHO 1998, 2002 - IV trimestre

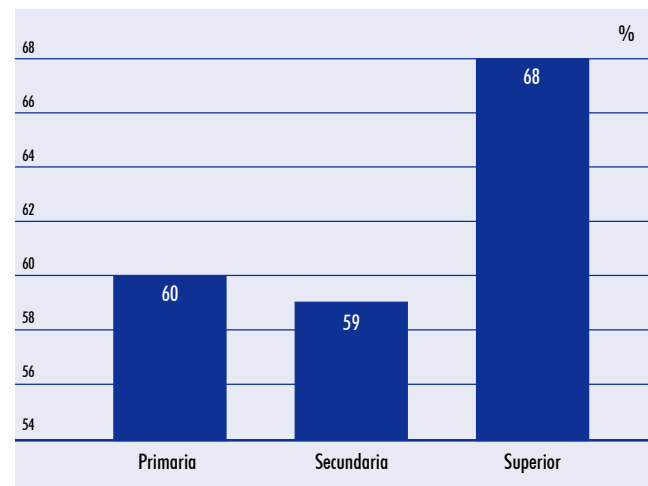
de la mujer respecto a las oportunidades de superación provistas por la educación.

### Acceso al mercado de trabajo

La década de 1990 se caracterizó por la participación creciente de la mujer en el mercado de trabajo. Entre 1993 y el 2001, las mujeres peruanas en edad de trabajar incrementaron su inserción en el mercado de 35% a 57%, mientras que en el mismo período la inserción masculina aumentó de 73% a 79%. El crecimiento de la oferta laboral se dio en un contexto de reestructuración de la economía, decrecimiento del empleo productivo e incremento vertiginoso de la informalidad. Por ello, la mayor parte de dicha oferta fue dirigida a trabajos de baja productividad, con exigencias mínimas de capacitación y carentes de protección y previsión social.

El porcentaje de empleadas asalariadas en el sector no agrícola se mantuvo casi constante entre 1991 y el 2002, aunque aumentaron su participación en empleos calificados de 81% a 91% entre 1998 y el 2002. Por otro lado, durante toda la década, las mujeres predominaron en los grupos de vendedores no ambulantes y trabajadores manuales, dentro de los que se considera a los vendedores ambulantes y proveedores de servicios.

**Gráfico 14**  
**Porcentaje de la remuneración media de las mujeres respecto a la de los hombres por nivel de educación, 2002**



Fuente: ENAHO1998, 2002 - IV trimestre

La mayor entrada de las mujeres al mercado laboral ocurre en una situación persistente de inequidades. Los ingresos percibidos por la mujer son menores que los del hombre aun en grupos de ocupación e instrucción similares. Por ejemplo, en el 2002, las mujeres en ocupaciones de mayor calificación percibieron en promedio 77% de los ingresos percibidos por los hombres en ocupaciones equivalentes. La brecha entre los ingresos tiende a acentuarse conforme disminuye el nivel de calificación requerido.

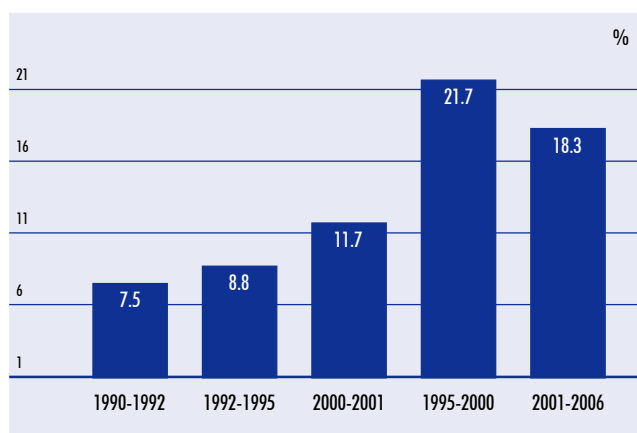
### Acceso al poder político

Las mujeres peruanas obtuvieron el derecho al voto en 1955. La ausencia de la mujer fue una característica de los procesos iniciales de formación del Estado y de provisión de contenidos a los conceptos de ciudadanía, democracia y nación en el Perú. Si bien el derecho al voto no garantizó la presencia equitativa de mujeres y hombres en los espacios de toma de decisiones, la proporción de puestos ocupados por mujeres en el Parlamento ha tendido a incrementarse en la última década, especialmente a partir del 2000 cuando se inicia la promulgación de las leyes de cuotas. Es interesante notar, por ejemplo, que según el Índice de Desarrollo Humano, el Perú ocupa el puesto 82 en un

ranking de 175 países, pero según el Índice de Potenciación de Género<sup>1</sup> la posición relativa del país sube al puesto 39, mejorando en este aspecto su ubicación a nivel de la región de América Latina. No obstante este progreso importante, la participación de la mujer continúa siendo baja en comparación con la del hombre. Las inequidades en el ejercicio del poder político se agudizan al considerar otras instancias de toma de decisiones a nivel nacional, regional y local:

- De los 1624 alcaldes distritales, 48 son mujeres.
- De los 193 alcaldes provinciales, 4 son mujeres.
- De los 25 presidentes elegidos en los gobiernos regionales, 3 son mujeres.
- Del total de directivos de los 21 partidos políticos inscritos en el Jurado Nacional de Elecciones, 2 son mujeres.
- Hay una mujer por cada dos hombres entre los directivos de los Comités Locales de Administración

**Gráfico 15**  
**Porcentaje de puestos ocupados por mujeres en procesos electores parlamentarios**



Fuente: ONPE

<sup>1</sup> Indicador publicado en el Informe sobre Desarrollo Humano del PNUD que busca medir la presencia de la mujer en puestos de decisión a través de un índice que resulta de la combinación de tres indicadores: (i) % de participación de la mujer respecto de su representación política en el Congreso, (ii) % de participación de la mujer respecto del total de puestos técnicos, gerenciales y directivos, y (iii) relación de los ingresos estimados entre mujeres y hombres.

<sup>2</sup> Estos cargos son elegidos democráticamente y representan a diez familias de la comunidad en la coordinación de asuntos de seguridad ciudadana.

<sup>3</sup> Ejemplos de trabajos recientes son los siguientes: Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID) y Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer (Demus) (2004) *Alianza por el derecho a la identidad de todas las peruanas y los peruanos. Los obstáculos en el acceso al Sistema de Identificación Nacional*, Lima, DEMUS y DFID; Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán y RENIEC (2003) *Campaña por los derechos ciudadanos de las mujeres rurales*, Lima.

de Salud y entre los Coordinadores de Seguridad Ciudadana<sup>2</sup>.

Una condición para hacer efectiva la participación de la mujer en la política, así como en el ejercicio integral de su ciudadanía, es la tenencia de documentos de identidad. No hay cifras nacionales sobre personas indocumentadas, solamente estimaciones y algunos estudios de caso<sup>3</sup>. Las estimaciones realizadas por el Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán y el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC) para pequeñas muestras de mujeres en provincias de Arequipa (La Unión y Condesuyo), Piura (Ayabaca y Huancabamba) y Cajamarca (Chota y Cutervo) revelan realidades dramáticas. En el caso de Arequipa, 76,33% de las mujeres no tienen libreta militar y 40,24% carecen de partida de nacimiento; los porcentajes son 89,29% y 58,93%, respectivamente, para Piura, y 80,17% y 46,55% para Cajamarca. Como consecuencia, no menos del 98% de las mujeres de la muestra no tiene Documento Nacional de Identidad (DNI), por lo que se ven imposibilitadas de ejercer sus derechos ciudadanos.

## Violencia contra la mujer

La violencia física y sexual contra la mujer es la expresión más extrema de las inequidades de género. Si bien las estadísticas sobre este tema son limitadas en el país, las informaciones recogidas por las diversas instancias gubernamentales creadas para atender este problema indican, según datos del 2000, que el 42% de las mujeres de 15 a 49 años reportaron haber sido agredidas físicamente por su pareja. Este promedio nacional esconde disparidades en detrimento de las mujeres de

zonas rurales, andinas, de mayor pobreza y con menores niveles educativos. De las mujeres objeto de violencia familiar, 16% reportaron ser víctimas frecuentes. De acuerdo con la ENDES 2000, los grupos más críticos son los de las mujeres de 45 a 49 años y los de mujeres con bajos niveles de educación y alfabetismo. Cusco y Huánuco son los departamentos con mayores índices de violencia familiar frecuente.

Al igual que en el caso de la violencia física, una investigación realizada conjuntamente por la cooperación internacional, la sociedad civil y la academia<sup>4</sup> encontró que las cifras de violencia sexual contra la mujer son críticas a nivel nacional. De esta manera, se reporta que 22,5% de las mujeres entre 15 y 49 años sufrieron violencia sexual por parte de su pareja en Lima, mientras que el porcentaje aumenta a 46,6% en el caso de Cusco. También, que el 38% de las mujeres que sufrieron violencia sexual a nivel nacional fueron forzadas a tener relaciones sexuales. Asimismo, alerta que 15% y 28% de las mujeres embarazadas en Lima y Cusco, respectivamente, sufrieron violencia física durante su embarazo.

## CONTEXTO INSTITUCIONAL

El énfasis en la igualdad de género en la educación es importante mas no suficiente. En este sentido, CEPAL sugiere ampliar el campo de preocupación a las oportunidades económicas en el mercado de trabajo y a la participación política. Hay un avance en este sentido en lo referido al análisis de los diversos temas pertinentes. Aún falta un largo camino por recorrer en términos de la fijación de metas e indicadores adecuados para su seguimiento.

Partiendo de este reconocimiento, el Estado, con el apoyo de la sociedad civil y la comunidad internacional, ha impulsado políticas públicas a favor de la igualdad de oportunidades tendientes a eliminar la base cultural y política de las jerarquías entre lo masculino y femenino. Asimismo, ha puesto en marcha acciones

afirmativas y una serie de intervenciones que conforman una propuesta integral para promover que todas las personas accedan a las mismas oportunidades de desarrollo, independientemente de su condición de género.

A pesar de que el proceso no es sencillo, se han dado pasos importantes en términos de la aceptación de los acuerdos internacionales en materia de equidad de género y la promoción de legislación con avances sustantivos en términos de normatividad.

El Estado peruano se ha comprometido a ejecutar acciones en temas puntuales, implementar mecanismos y acciones afirmativas a favor de las mujeres, y realizar el seguimiento y monitoreo de las políticas públicas a fin de que incorporen los conceptos de equidad de género e igualdad de oportunidades. Estos esfuerzos se llevan a cabo en el marco de la firma y ratificación de los siguientes compromisos internacionales:

- Convención de Naciones Unidas contra Toda Forma de Discriminación de la Mujer (CEDAW) y su Comité de Monitoreo.
- Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) – El Cairo 1994.
- IV Conferencia Mundial sobre la Mujer – Beijing 1995.
- Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas de 1997.
- Declaración del Milenio del 2000.

La creación del Ministerio de la Mujer y Promoción del Desarrollo Humano (PROMUDEH) en 1996 marcó el inicio de un cambio en el tratamiento de los derechos de la mujer. En ese momento, se le asignó la responsabilidad de ser el ente rector de las políticas y programas de igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, con la potestad de monitorear los esfuerzos de todos los sectores del Estado en este tema. Este mandato convirtió al PROMUDEH en la institución principal, responsable de promover la igualdad de género en el país. Por ello, al inicio de sus funciones

<sup>4</sup> OPS/OMS, Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán y Universidad Cayetano Heredia (2002) *Violencia física y sexual contra las mujeres en el Perú – Estudio multicéntrico*, Lima, OPS/OMS.

contaba con un solo viceministerio, el de la Mujer, encargado de esta importante tarea.

En el marco del proceso de reforma del Estado en el país, la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (Ley N° 27793 del 25 de julio de 2002) establece que éste formula, aprueba, ejecuta y supervisa las políticas para la mujer y el desarrollo social, promoviendo la equidad de género, es decir: igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, igualdad de oportunidades para la niñez, la tercera edad y las poblaciones en situación de pobreza y pobreza extrema, discriminadas y excluidas. Esto implicó el cambio de denominación del PRO-MUDEH al que actualmente tiene: Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. En esta nueva organización se ha añadido otro viceministerio, el de Desarrollo Social, que concentra gran parte de las actividades del MIMDES en el trabajo con sectores discriminados y en extrema pobreza. Este hecho, muy importante en sí mismo, vira el mandato principal del ministerio hacia la lucha contra la pobreza en detrimento de su rol rector en materia de igualdad de género. El cambio de denominación y funciones del ministerio y del viceministerio puede tener repercusiones serias en lo referido a la consecución de este ODM 3.

La Undécima Política de Estado del Acuerdo Nacional se refiere a la Promoción de la Igualdad de Oportunidades sin Discriminación, reconociendo que en el

Perú existen diversas expresiones de discriminación e inequidad. Menciona de manera particular la discriminación que se ejerce contra la mujer. Establece que la reducción y posterior erradicación de estas expresiones de desigualdad requieren que el Estado aplique políticas y adopte mecanismos orientados a garantizar la igualdad de oportunidades económicas, sociales y políticas para toda la población. Entre dichas políticas se prevé el fortalecimiento del MIMDES al más alto nivel del Estado en su rol rector para la equidad de género, lo que refuerza el mandato previsto en la ley de su creación.

El Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres (PIO) 2000-2005 —cuya primera versión fue aprobada el 8 de marzo del 2000— es un instrumento de política nacional con los objetivos de promover el adelanto de las mujeres y su participación plena en la vida social, cultural y política del país, garantizar la igualdad de trato y oportunidades para las mujeres y varones, y contribuir a acortar las brechas de género mediante acciones afirmativas. Esta versión del PIO carece de una visión estratégica orientada a lograr cambios fundamentales en la condición y posición de la mujer, y carece de acciones estratégicas para la generación de capacidades en la administración pública orientadas a su eficiente implementación, monitoreo y evaluación. Las tres últimas administraciones del MIMDES han realizado sucesivas consultas y estudios

para reformarla, buscando subsanar sus errores. El último proyecto de PIO establece una relación sinérgica entre los enfoques de derechos humanos, equidad de género y generacional, señalando las responsabilidades de los nuevos gobiernos regionales y de los gobiernos locales, pero a la fecha solamente se ha aprobado un dictamen en la Comisión de Justicia y Derechos Humanos del Congreso, sin haberse logrado todavía su aprobación por el pleno.



Desde 1997 existe legislación que establece el mecanismo de la cuota de género del 30% en el sistema electoral. No obstante, carece de elementos que contribuyan al incremento considerable de la presencia de la mujer en los niveles altos de decisión política. Tales elementos faltantes están relacionados con el tipo de listas, el mandato de posición y la definición de los distritos electorales.

La búsqueda de niveles cada vez mayores de equidad social establecida como norte de la reforma del Estado peruano ha conducido a un proceso de regionalización y descentralización con apuestas públicas explícitas por la igualdad de oportunidades, la equidad de género, la promoción de la mujer y la garantía de la vigencia de sus derechos. En efecto, la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales plantea que éstos tienen como finalidad el fomento del desarrollo regional integral sostenible y garantizar la igualdad de oportunidades para sus habitantes, y coloca la inclusión y la equidad como principios rectores de su accionar “impidiendo la discriminación por razones de etnia, religión o género y toda otra forma de discriminación”. La igualdad de oportunidades con equidad de género es también un importante criterio de evaluación del accionar regional y local. Actualmente no se está implementando a cabalidad y aún existen procesos de negociación de las mujeres que expresan una tensión entre la necesi-

dad de transversalizar la perspectiva de género vs. la de contar con mecanismos concretos que generen mayores oportunidades para las mujeres.

La Defensoría Adjunta de la Mujer, como órgano de línea de la Defensoría del Pueblo, y la Comisión de la Mujer y Desarrollo Social del Congreso son también mecanismos importantes. En el caso de la Comisión aún no existe una articulación efectiva con el MIMDES. Otras herramientas que han incorporado metas específicas para las mujeres y tienen un enfoque de equidad de género son el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia, el Plan Nacional de Adultos Mayores y el Plan Nacional para las Personas con Discapacidad.

Las organizaciones de la sociedad civil tienen una participación históricamente activa en la lucha por la igualdad de género y la autonomía de la mujer en el país. Sus acciones abarcan los campos del empleo, la educación, la no violencia, el acceso a instancias de toma de decisión, la pobreza, la tenencia de documentos de identidad, entre muchos otros temas vinculados con las desigualdades de género en el país. Asimismo, sus herramientas de acción son múltiples e incluyen la sensibilización y educación de la población, la incidencia en la formulación de políticas y las intervenciones directas en algunos temas que afectan a poblaciones en situación de pobreza.

## DESAFÍOS

### Transversalización de la perspectiva de género

La perspectiva de género aún no está transversalizada a cabalidad en las políticas públicas. Lograrlo es probablemente uno de los desafíos más importantes del futuro. Para ello, se considera conveniente fortalecer las capacidades pertinentes en el Estado en general y en los organismos especializados en particular. Se debe generar un proceso de aprendizaje social en torno a la perspectiva de género como una dimensión de la equidad social en el marco de los derechos humanos fundamentales, con el objetivo de crear una conciencia social sobre la importancia de la transversalización en los principios y políticas públicas para la construcción de una sociedad más justa. Asimismo, el tema de género debería ser tratado a futuro de manera transversal en cada uno de los informes de avance de los ODMs.

### Educación de la mujer

La información estadística referida a educación muestra brechas significativas en detrimento de las niñas, en particular de las niñas rurales, en lo referido a acceso y permanencia en la escuela primaria y secundaria. Es necesario formular e implementar políticas sociales y mecanismos de vigilancia social específicos que garanticen el acceso a una educación de calidad y la permanencia de los niños y las niñas en el sistema educativo. También se recomienda la formulación e implementación de políticas sociales sostenidas dirigidas a la alfabetización de las mujeres en las zonas rurales. En ambos casos, es evidente la necesidad de contar con bases de datos que muestren la concentración geográfica de inequidades al interior del país, así como con estudios cualitativos acerca de las inequidades de género en las interacciones cotidianas en la escuela y la comunidad.

### Mujer y empleo

Se considera necesario desarrollar políticas que promuevan la no discriminación de la mujer en los puestos de trabajo y en las remuneraciones, y que garanticen sistemas de aseguramiento de salud para las mujeres que trabajan en los sectores formal e informal, así como para las que se desempeñan como amas de casa no remuneradas. Además, es necesaria la implementación de políticas que recuperen los beneficios laborales para las madres, como el respeto a la normatividad sobre lactancia materna, salas-cunas para el cuidado de niñas y niños, y licencias por maternidad y paternidad. También se considera necesario promover el acceso equitativo para hombres y mujeres a los recursos productivos, en especial a la tierra y el crédito. En el área de la información, se recomienda mejorar las estadísticas laborales desde una perspectiva de género para conocer las brechas existentes y hacer visible la contribución de las mujeres en los sectores económicos. Vale la pena discutir la incorporación de las labores domésticas realizadas por la mujer en las estadísticas nacionales. Al no ser remuneradas, éstas no son contabilizadas como una actividad económica.

### Empoderamiento en la política

Se considera que el establecimiento de cuotas de género en los procesos electorales constituye un progreso significativo en el empoderamiento de la mujer. Dicho avance debe ser complementado por acciones que eliminen los obstáculos para la participación de la mujer en la política. Así, se plantea la necesidad de

desarrollar políticas educativas y de comunicación de defensa y respeto de los derechos humanos, y de fortalecimiento de la ciudadanía.

### **Salud sexual y reproductiva**

Se requieren políticas y programas sostenidos en salud sexual y reproductiva con enfoque de derechos, que promuevan y desarrollen la capacidad de decisión de la mujer e incentiven la participación del varón en el marco de relaciones de equidad. Para mejorar la calidad de los servicios y el respeto a las usuarias y los usuarios, es preciso que haya acceso a toda la oferta de insumos anticonceptivos. Todo ello en el marco del cumplimiento de los acuerdos internacionales de las Conferencias de El Cairo y Beijing.

### **Violencia**

La violencia intrafamiliar y contra la mujer persiste como un problema de salud pública nacional que requiere ser abordado intersectorialmente. Se propone, entre otras, las siguientes acciones:

- Promover la oferta de servicios integrales de atención, prevención y promoción y de redes comunitarias.
- Educar sobre nuevos modelos de masculinidad.
- Desarrollar investigaciones acerca de las causas de la violencia intrafamiliar y contra la mujer.
- Mejorar el registro y vigilancia de la violencia intrafamiliar, incluyendo el abuso sexual, a nivel nacional y territorial.
- Sensibilizar y educar a la población a través de los medios de comunicación masiva sobre estilos de vida saludables con equidad y sin violencia. ■



# 4

OBJETIVO DE DESARROLLO DEL MILENIO



**Reducir  
la mortalidad en  
la infancia**

## OBJETIVO DE DESARROLLO DEL MILENIO 4 REDUCIR LA MORTALIDAD EN LA INFANCIA



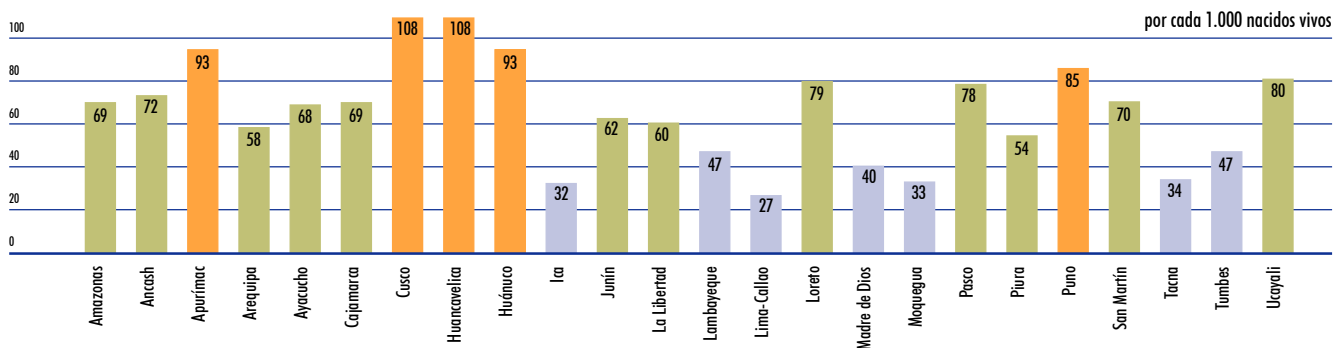
Fuente: INEI, ENDES 2000

**Mapa 5**  
**Razón de mortalidad de niños y niñas menores de 5 años, 1990 - 2000**  
(número de muertes por cada 1.000 nacidos vivos)

- menos de 50
- entre 50 y 80
- más de 80

Promedio nacional = 60  
Promedio rural = 85  
Promedio urbano = 39

**Gráfico 16**  
**Razón de mortalidad de niños y niñas menores de 5 años, 1990 - 2000**



**Meta 5**

Reducir la mortalidad de los niños y las niñas menores de 5 años en dos terceras partes entre 1990 y el 2015.

Asegurar que, en el 2015, por lo menos 95% de los niños y las niñas de 1 año hayan recibido al menos una dosis de la vacuna contra el sarampión.

**Cuadro 9****Mortalidad en la infancia**

	1986-1996	1990-2000	Meta al 2015
Razón de mortalidad infantil <sup>1</sup>	50	43	17
Razón de mortalidad de niños y niñas menores de 5 años	68	60	23

Fuente: ENDES 1996 y 2000

**Cuadro 10****Niños y niñas de 1 año vacunados contra el sarampión**

	1992	2000	Meta al 2015
Información de registros administrativos (MINSa)	n.d.	93,0%	95,0%
Información de encuestas (ENDES)	74%	71,9%	95,0%

Fuente: ENDES 1992 y 2000. MINSa 2000

**SITUACIÓN ACTUAL****Mortalidad en la infancia**

En un contexto de disminución sostenida de la mortalidad en la infancia, diversos estudios publicados en la década de 1990 enfatizan la persistencia de las brechas entre las clases socioeconómicas en el país<sup>2</sup>. Un análisis exhaustivo de la evidencia disponible muestra que las razones de mortalidad infantil y de los niños y niñas menores de 5 años<sup>3</sup> — así como indicadores complementarios como razón de mortalidad perinatal, proporción de menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva, prevalencia de desnutrición crónica en me-

nores de 5 años y de anemia en menores de 2 años, y cobertura de inmunización de sarampión— aún se concentran en los segmentos más pobres, residentes en zonas rurales y con menores niveles de escolaridad, los cuales presentan la mayor carga de enfermedad y el menor acceso a los servicios. La mortalidad perinatal sigue teniendo un peso importante en la mortalidad en la infancia y sus principales causas están relacionadas con enfermedades y desnutrición de la madre que afectan al feto y/o al recién nacido.

La razón de mortalidad de los niños y niñas menores de 5 años disminuyó de 64 por mil nacidos vivos en el período 1982-1992 a 43 por mil en el período 1990-2000. Si bien dicha reducción es significativa, la des-

<sup>1</sup> La información sobre las razones de mortalidad infantil y de la niñez se recopila para los 10 años anteriores a la fecha de la encuesta. De esta manera, las encuestas realizadas en el 2000 recogen información para el período 1990-2000. La información consignada en el cuadro 9 corresponde al año medio del período de 10 años contemplado. Así, 1990 es el año medio para la encuesta realizada en 1996, mientras que 1995 se aproxima a la media de la encuesta realizada en el 2000.

<sup>2</sup> Véase, por ejemplo, MINSa (1995) “Análisis de la situación de salud del Perú (ASIS 1995)”, Informe Técnico N° 1; Vallenat, O.G. (1997) *Perú: Estimaciones de la mortalidad infantil en los distritos*, Lima, INEI; UNICEF e INEI (1997) *Perú 1997. La salud de la niñez. Una evaluación de los niveles de exclusión*, Lima.

<sup>3</sup> Cf. Valdivia, M. y J. Mesinas (2002) *Evolución de la equidad materno infantil en el Perú*, Lima, INEI.

agregación de los datos muestra un panorama menos alentador para algunas zonas y grupos focalizados. En particular, brechas sustanciales determinadas por área de residencia, nivel de pobreza y nivel de escolaridad de los padres:

- Las niñas y los niños (menores de 5 años) rurales tienen una razón de mortalidad casi 2,2 veces mayor (85 por cada mil en el período 1990-2000) que la de sus semejantes en zonas urbanas (39 por cada mil en el período 1990-2000).
- Las razones más altas en el período 1990-2000 se concentran en la Sierra (81 por mil) y Selva (75 por mil), especialmente en los departamentos más deprimidos: Cusco y Huancavelica (108 por mil

cada uno), Apurímac y Huánuco (93 por mil cada uno) y Puno (85 por mil).

- Los datos contrastan con la razón de mortalidad en los niños y las niñas menores de 5 años de 23 por mil en Lima Metropolitana para el mismo período.
- De manera similar, en mujeres sin educación la razón de mortalidad de los menores de 5 años fue de 106 por mil nacidos vivos en 2000, mientras que en mujeres con educación superior la razón fue de 24 por mil nacidos vivos para 1990-2000.

En el Perú nacen 628 mil niños anualmente. Más de 20 mil de ellos mueren antes de cumplir el primer año de vida y 8 mil antes de la primera semana de nacidos<sup>4</sup>. La razón de mortalidad infantil —de 43 por mil

## ESTADÍSTICAS

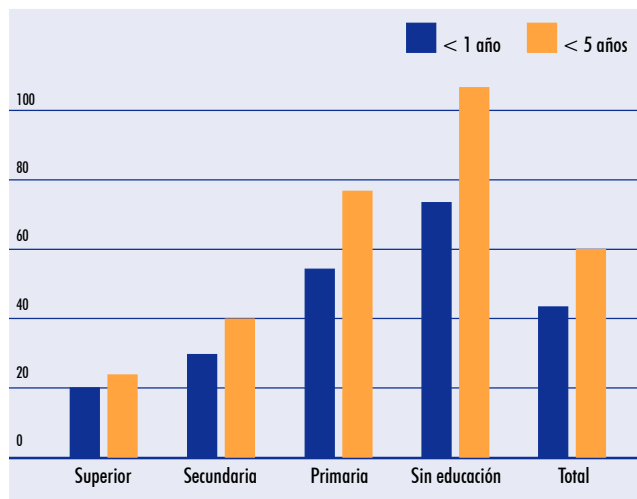
El Perú ha avanzado significativamente en la cantidad y la calidad de la información en salud, particularmente en lo referido a las encuestas nacionales ENDES y ENAHO y el sistema de Análisis de la Situación de Salud del Perú (ASIS) del MINSA. El análisis de la información disponible indica, sin embargo, que los sistemas de información están rezagados en su rol de interactuar recíprocamente con las políticas. Si bien teóricamente la buena información y la política pública son aliados naturales, a menudo van por caminos diferentes. Algunas dificultades son las siguientes:

- Alto subregistro de datos en servicios de salud, especialmente rurales, y dificultades en la corrección de estos subregistros.
- Baja calidad de la toma y registro de ciertos datos, especialmente en zonas rurales.
- Registro de una sola causa de muerte en la base de datos del MINSA.
- Predominio de los aspectos biológicos y médicos en las encuestas nacionales y los registros del MINSA.
- Baja disponibilidad de información sobre progreso e impacto de ciertas políticas.
- Demoras en el procesamiento y el reporte de datos.
- Gran cantidad de información potencialmente útil recogida y nunca procesada o interpretada en el contexto de las implicaciones de las políticas.
- Carencia de un censo de población reciente.

A pesar de la limitación de las dificultades existentes, es posible desarrollar un sistema responsable de indicadores de progreso tanto cuantitativos como cualitativos. Para ello se requiere que el MINSA establezca metas específicas (por ejemplo, metas intermedias en el PNAIA), defina un grupo de indicadores factibles de obtener, asigne los recursos necesarios para el monitoreo y defina las responsabilidades pertinentes.

<sup>4</sup> Véase UNICEF (2004) *El estado de la niñez en el Perú*, Lima, UNICEF – INEI.

**Gráfico 17**  
**Razones de mortalidad de menores de 1 y 5 años según nivel educativo de los padres, 1990-2000**



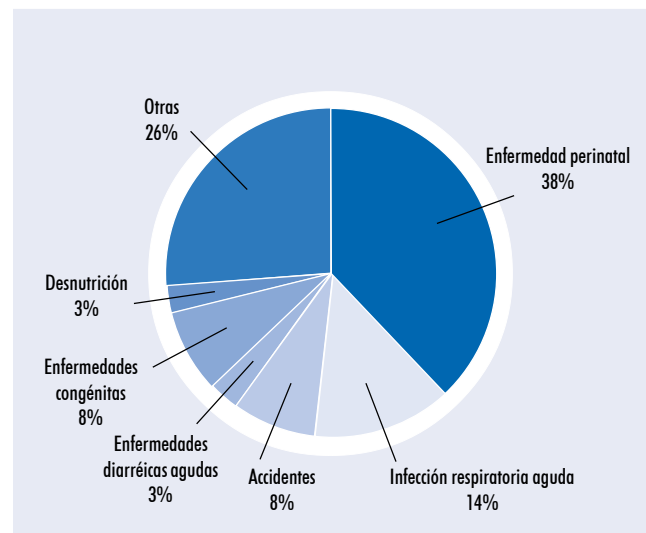
Fuente: ENDES 2000

entre 1990 y 2000— disminuyó 33% con respecto al decenio comparativo anterior, lo cual muestra avances con respecto a valores promedio nacionales de 64 por mil en 1980-1990. Sin embargo, las grandes brechas concomitantes con el mapa de pobreza y funcionales a los niveles de educación permanecen casi inalteradas. Por ejemplo, en Cusco la razón llega a 84 muertes por cada mil nacidos vivos, y en Huancavelica y Apurímac a 71 en el período 1990-2000.

La mayor parte de muertes infantiles (38%) ocurre durante el período perinatal y las causas principales son asfixia, prematuridad e infecciones. Estos altos niveles de mortalidad en el recién nacido son directamente atribuibles a la baja cobertura de atención del parto en los establecimientos de salud y a la falta de atención inmediata del recién nacido (incluyendo la reanimación del niño/a que nace deprimido). La mortalidad perinatal es igualmente elevada en medios urbanos y rurales y casi no se ha reducido en los últimos años, a diferencia de otras causas de mortalidad infantil, debido a las escasas intervenciones desarrolladas con este propósito específico.

La razón de mortalidad perinatal fue de 23 por mil embarazos de 7 o más meses para el período 1990-2000. Las escasas intervenciones desarrolladas con el propósito específico de reducirla explican el hecho de

**Gráfico 18**  
**Causas de mortalidad infantil, 2002**



Fuente: MINSA

que se haya mantenido casi inalterada en los últimos años. Las diferencias por dimensión geográfica son menores (19 por mil en el área urbana; 28 por mil en el área rural), pero aún se mantienen en función de las brechas de pobreza, educación y acceso a servicios de salud. Así, las razones de mortalidad perinatal fueron más altas en Cusco (48 por mil) y Pasco (40 por mil), en contraste con Lima Metropolitana (15 por mil).

La mayoría de las causas de muerte en la infancia son tratables y/o minimizables a costos relativamente bajos.

Como se aprecia en el gráfico, la estadística nacional otorga un peso relativamente bajo a la desnutrición como causa de mortalidad. A pesar de ello, se insiste en la necesidad de contemplar indicadores nutricionales en el examen de la mortalidad infantil y de la niñez:

- De acuerdo con la ENDES, entre 1992 y 2000 el porcentaje de niño/as menores de 6 meses que recibieron lactancia materna creció de 19,5% a 57%. Reconociendo dicho incremento, se debe anotar que la lactancia en zonas andinas y selváticas no es fácil de evaluar debido a la práctica común de introducir mates y otros preparados líquidos tempranamente.

- En relación con la desnutrición crónica en niños menores de 5 años (presentada en la sección referida a la meta de reducción del hambre), su prevalencia disminuyó de 48,8% en 1990 a 25,6% en 1996. Dicho valor se mantuvo hasta inicios de la presente década. Su desagregación geográfica revela, nuevamente, disparidades entre lo urbano (13,4%) y lo rural (40,1%).
- La prevalencia de anemia por deficiencia de hierro se redujo mínimamente entre 1996 y 2000. Ésta fue de 57% en niños menores de 5 años y 68% en niños menores de 2 años en el año 2000.

### Cobertura de vacuna contra el sarampión

La información sobre la cobertura de la vacuna antisarampionosa es extremadamente dispar. Por un lado, los datos basados en los registros de las Direcciones de Salud del MINSA muestran que la cobertura fue 93% en el 2000 (94% en 2004). De acuerdo con esta información, la meta casi ha sido alcanzada. Por otro lado, la información recogida por la ENDES<sup>5</sup> muestra que aún hay una brecha de casi 30% en la cobertura de la vacuna contra el sarampión, que correspondería a zonas rurales, de extrema pobreza y que concentran a poblaciones indígenas. La importancia de la información presentada por la ENDES es que permite hacer inferencias acerca de la calidad de la información administrativa. Entre otras posibilidades, la ausencia de un censo nacional desde 1993 puede haber provocado distorsiones en la base teórica poblacional de los registros de MINSA.

De acuerdo con la información de MINSA, la cobertura de la vacunación contra el sarampión en niños y niñas de un año de edad se mantiene en un nivel ligeramente superior al 90% desde el 2000. Este buen nivel de cobertura explica que no se han notificado casos de sarampión en los últimos tres años dado el fortalecimiento del sistema de vigilancia de enfermedades febriles eruptivas. Sin embargo, la cobertura aún no es óptima en las áreas rurales extremas e indígenas,

donde vive la población más pobre del país, debido a la escasa presencia de los servicios de salud. Adicionalmente, hay un grave deterioro de la “cadena de frío” para la conservación de vacunas debido a su antigüedad, la falta de reposición y la existencia de una multiplicidad de marcas que hacen inviable su adecuado mantenimiento. Ello lleva a que sea necesario priorizar la inversión en este componente para garantizar la calidad de las vacunas, especialmente en las áreas rurales e indígenas del país.

### CONTEXTO INSTITUCIONAL

La protección del niño y la niña es un mandato constitucional del Estado peruano, y sus principios, reglas y lineamientos están incluidos en una serie de normas de diversa jerarquía. La Constitución Política establece que el Estado está obligado a proteger la salud de la población y particularmente la del niño (Art. 4). Reconoce, además, el derecho universal y progresivo a la seguridad social y el libre acceso a las prestaciones de salud (Arts. 11 y 12).

El objetivo de reducción de la mortalidad infantil y la mortalidad de los menores de 5 años se encuentra recogido en 7 de las 29 Políticas de Estado del Acuerdo Nacional. Las Políticas de Estado X, XI, XII y XIX están referidas a diversos aspectos relacionados con el bienestar de la población; la XIII, al acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social; la XV, a la promoción de la seguridad alimentaria y la nutrición; y la XVI, al fortalecimiento de la familia y a la protección y promoción de la niñez, adolescencia y juventud.

De acuerdo con la Ley General de Salud (Ley N° 26842, 1997), el Estado es responsable de vigilar, controlar y atender los problemas del niño/a, así como de promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población. Por otra parte, los Lineamientos de Política del Sector Salud 2002-2012 del Ministerio de Salud (2002) establecen, dentro de los objetivos estratégicos para el período 2002-2006, la reducción sustancial de la morbi-

<sup>5</sup> Utilizando una metodología de recordación de la madre y/o presentación del carnet de vacunación.

mortalidad infantil, especialmente en los sectores más pobres, aunque no se proponen metas específicas. Dichos lineamientos de política sectorial mencionan como innovaciones la ampliación de la cobertura del seguro integral de salud, la reducción de la mortalidad infantil, la atención integrada, la participación, la promoción de la salud y el monitoreo de los indicadores de progreso.

Otras políticas específicas e intervenciones intersectoriales orientadas a la reducción de la mortalidad infantil y de menores de 5 años se despliegan claramente en el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia (PNAIA) 2002-2010, formulado en función de los compromisos internacionales asumidos y ratificados por el país, que tienen como eje la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño. El PNAIA es el documento marco de acciones, programas y estrategias a ser asumidos y ejecutados por los sectores gubernamentales y la sociedad civil para lograr el cumplimiento de los derechos de los niños y las niñas. El PNAIA propone metas cuantitativas específicas que coinciden con los indicadores generales y complementarios del ODM 4:

- Razón de mortalidad perinatal no superior a 15 por mil nacidos vivos como promedio nacional, ni superior a 22 por mil en ninguna provincia excluida.
- Razón de mortalidad infantil no superior a 20 por mil nacidos vivos como promedio nacional, ni superior a 27 por mil en ninguna provincia excluida.
- Razón de mortalidad en menores de 5 años que no exceda 30 por mil.

Sin embargo, no cuenta con una línea de base, metas intermedias ni recursos específicos para el monitoreo y evaluación de sus avances.

El proceso de descentralización política y administrativa del país incluye al sector salud en el marco de la Ley del Sistema Nacional de Coordinación y Descentralización de la Salud (Ley N° 27813, 2002). Dicha



ley provee las guías para coordinar el proceso de aplicación de la política nacional de salud. En armonía con el empoderamiento de lo regional y lo local, se crea el Consejo Nacional de Salud —órgano consultivo del MINSA que coordina el sistema en su conjunto— y los Consejos Regionales y Provinciales de Salud. Se considera que este nuevo proceso es atractivo para la introducción de procesos de planificación participativa que permitan mejorar la focalización del gasto social en salud y fortalecer el compromiso de los actores locales.

El establecimiento del Seguro Integrado de Salud (SIS) en el 2000 es un paso importante en los esfuerzos para reducir las inequidades en la prestación de servicios de salud a la madre y al niño. Sin embargo, investigaciones recientes muestran problemas de focalización (la afiliación al SIS tiende a concentrarse en los quintiles poblacionales de mayores ingresos)<sup>6</sup> y fil-

<sup>6</sup> Cf. Vera, I.T.J. (2003) *Cobertura y financiamiento del Seguro Integral de Salud en el Perú*, Serie Cuadernos de Trabajo, Lima, Foro Salud (julio).

tración<sup>7</sup>. Por otra parte, su expansión relativamente acelerada, sin contar con los recursos necesarios, ha llevado a grandes déficits presupuestales y a dificultades en la gestión local de las intervenciones, lo cual hace difícil que se alcancen los objetivos previstos en el corto plazo<sup>8</sup>. El incremento sostenido de la cobertura de atención de parto institucional es un supuesto que no se ajusta a las observaciones de estudios desarrollados en el período<sup>9</sup>.

Entre las políticas sociales complementarias a las políticas de salud, el PRONAA —establecido en la década de 1990— alivió el hambre de muchas familias, pero no tuvo beneficios nutricionales para los niños pequeños. A partir de 2000, este programa ha sido modificado progresivamente para tratar de convertirlo en

un programa nutricional específico para niños menores de 5 años y madres gestantes.

Las agencias de cooperación y las organizaciones no gubernamentales invirtieron recursos y esfuerzos importantes en materia de salud durante la década de 1990. Los programas Salud Dos Mil (USAID) y Salud y Nutrición Básica (Banco Mundial) fueron los más notorios por sus altos presupuestos, aunque poco se conoce sobre su contribución específica al mejoramiento de los indicadores de morbi-mortalidad en la niñez. La contribución futura de estas organizaciones al cumplimiento del ODM será importante en la medida en que sus esfuerzos sean canalizados y orientados hacia objetivos comunes, evitando la dispersión y la duplicidad de recursos.

<sup>7</sup> Cf. Vásquez, E. (2003) “¿Cuán lejos estamos de los pobres?” En: Vásquez, E. y Q.D. Winkelried (ed.) [*Buscando el bienestar de los pobres*] ¿Cuán lejos estamos?, Lima, Universidad del Pacífico.

<sup>8</sup> Véase por ejemplo Anderson, J. (2001) *Tendiendo puentes. Calidad de atención desde la perspectiva de las mujeres rurales y los proveedores de los servicios de salud*, Lima, Movimiento Manuela Ramos; Tejada, P.D. (2003) *Marco general y elementos básicos para la acción defensorial en el ejercicio del derecho a la salud*, Informe de Consultoría, Lima, Defensoría del Pueblo (setiembre); Yamin, A.E. (2003) *Castillos de arena en el camino hacia la modernidad. Una perspectiva desde los derechos humanos sobre el proceso de reforma del sector salud en el Perú (1990-2000) y sus implicancias en la muerte materna*, Lima (julio).

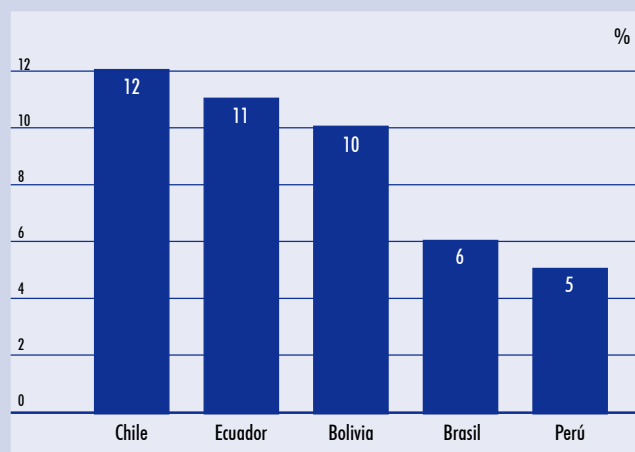
<sup>9</sup> Vicuña, O.M., S.J. Ampuero y J.P. Murillo (2000) “Análisis de la demanda potencial y su relación con el modelo de gestión de de los establecimientos de salud del primer nivel de atención”, Serie de Informes Técnicos N° 5, MINSa, Programa de Administración de Acuerdos de Gestión. El trabajo de Vicuña, “Efecto de las intervenciones del estado en la utilización de los servicios de salud maternos en el Perú, 1991-2000: cambios y factores asociados”, Lima (octubre 2002), por ejemplo, se basa en ENDES para demostrar que, a pesar de los enormes esfuerzos y recursos movilizados en el período 1992-2000, los avances en la cobertura del parto institucional (de 58,3% en 1992 a 63,8% en el 2000) son mínimos y que la velocidad de los cambios en los segmentos excluidos es un proceso muy lento.

## DESAFÍOS

### Inversión social en salud

Para lograr un nivel óptimo de crecimiento y desarrollo en la infancia, los servicios de salud deben contar con el presupuesto suficiente para atender la demanda adecuadamente y satisfacer las necesidades de las poblaciones excluidas. Comparado con el resto de América Latina, en el Perú el Gobierno Central asigna muy poco de su inversión (5% promedio) al sector salud. De acuerdo con algunos estudios sobre el tema de la niñez, el volumen de la inversión en salud en la infancia alcanzó los US\$ 100 millones en el 2002, equivalente a poco menos del 15% de la inversión total en el sector.

**Gráfico 19**  
**Porcentaje de inversión del Gobierno Central asignada al sector salud, 1992-2001**



Fuente: UNICEF, *Estado mundial de la infancia 2004*

### Fortalecimiento institucional

Las políticas descritas son una evidencia de que a pesar de que existe un marco institucional importante en materia de salud infantil, esto no ha sido suficiente para disminuir la mortalidad en la infancia. En efecto, la salud de los niños no es necesariamente bien servida por una política de salud adecuadamente formulada o negociada, a menos que sus intereses sean protegidos por regulaciones y mecanismos claros de los organismos públicos y privados que participan en la formulación. La historia del progreso del país en temas como la reducción acelerada de la mortalidad infantil, la eliminación virtual de los desórdenes por deficiencia de yodo y el incremento significativo de la infraestructura de servicios de salud, indica que cuando las políticas están acompañadas de metas específicas que responden a necesidades concretas de la población excluida, los logros pueden ser posibles.

Dentro de este contexto, es imperativo que se analice cuidadosamente las características comunes del sector: políticas fluctuantes en el tiempo guiadas por una percepción inconstante de su efectividad y factibilidad; débil focalización de las intervenciones y ausencia de especificidad de los mecanismos a través de los cuales son entregadas a la población de menores recursos; alta rotación del personal; y baja capacidad de los trabajadores para entender el contexto sociocultural en el cual trabajan. Este análisis debe partir de una mayor comprensión de aspectos particulares que generan los problemas de salud: cambios rápidos ocurridos en las circunstancias que rodean la gestación, nacimiento y crecimiento de los niños; incremento de los hogares cuya cabeza es la mujer; incremento en la proporción de madres adolescentes; e incremento de niños que viven en hogares pobres.

### Reducción de factores de riesgo

El ritmo de reducción de las razones de mortalidad en la infancia observado hasta el año 2000<sup>10</sup>, ha sido considerado uno de los más acelerados de la región. Este logro ha sido influenciado principalmente por el

<sup>10</sup> Según el estudio de Ahmad, O., A. López y M. Inoue (2000) "Reevaluación de la disminución de la mortalidad infantil", *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, vol. 78, N° 10; pp. 1175-1191.

éxito de la estrategia de rehidratación oral y las campañas intensivas de vacunación. Proyectando a futuro el mismo ritmo de disminución de la mortalidad (13,8% por quinquenio), se esperaría una razón de mortalidad de niños y niñas menores de 5 años de 34,4 por mil nacidos vivos en el año 2015, lo cual corresponde al 72% de la meta de reducción propuesta, esto es, dos tercios del indicador al inicio del período. Puesto que el uso de las tecnologías de rehidratación oral y vacunación ha rendido ya su máximo beneficio, mantener la tendencia de reducción e incluso lograr el 100% de la meta propuesta implicaría reducir los factores de riesgo que tienen más peso en la mortalidad y que aún enfrentan las poblaciones que viven en la pobreza. Estos riesgos están principalmente asociados a las condiciones sanitarias (agua potable y alcantarillado), la seguridad nutricional y el acceso a servicios de salud de calidad en igualdad de oportunidades, dando prioridad a los períodos que son más críticos como el embarazo, el nacimiento y los primeros tres años de vida.

Si bien algunos de los cambios requeridos son estructurales y demandan una cantidad sustancial de recursos adicionales difíciles de obtener en el corto y mediano plazo, hay otros que son factibles y viables con los recursos disponibles pero que requieren una reforma en las decisiones del Estado para priorizar y focalizar las políticas y las intervenciones en las poblaciones donde se concentra la mortalidad en la infancia. Esta reforma debe tener como punto de partida una mejor comprensión de las tendencias en la salud de los niños y de que sus necesidades y la forma de satisfacerlas no son exclusivamente temas médicos sino que tienen que ver también con el complejo contexto social y ambiental de la pobreza. Específicamente, la reforma necesaria para alcanzar la meta de reducción propuesta implicaría, entre otras cosas, lo siguiente:

- Voluntad política manifiesta de reducir las desigualdades en la prestación de salud y servicios complementarios y de mejorar la naturaleza, la calidad y la disponibilidad del acceso. Además del marco legal, la política debe estar acompañada de los marcos económico/presupuestal y técnico con la especificidad necesaria.
- Reasignación de recursos, identificando las provincias o bolsones donde se concentran las razones más altas de mortalidad en la niñez y de los indicadores complementarios.
- Incorporación de estrategias y metodologías apropiadas para resolver las necesidades de salud no satisfechas, utilizando el conocimiento disponible, involucrando diversas disciplinas y dando prioridad a los aspectos preventivos y promocionales.
- Reorientación de los incentivos económicos, de la estabilidad y la capacitación del personal de salud, de la organización de los servicios y de los mecanismos de entrega de las intervenciones.
- Formulación de metas e indicadores específicos de corto y mediano plazo e implementación de un sistema eficiente de evaluación y monitoreo de su cumplimiento. ■

# 5

OBJETIVO DE DESARROLLO DEL MILENIO



**Mejorar  
la salud materna**

# OBJETIVO DE DESARROLLO DEL MILENIO 5 MEJORAR LA SALUD MATERNA



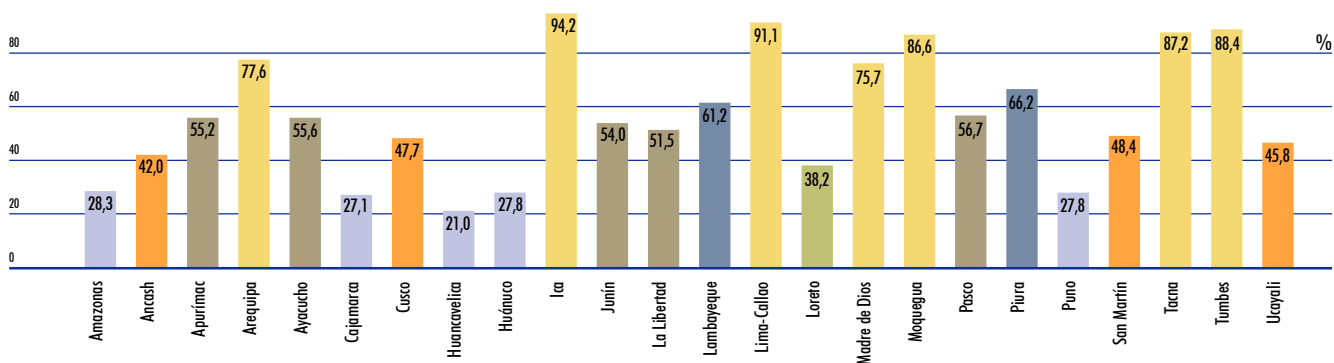
**Mapa 6**  
**Porcentaje de partos asistidos por profesionales de la salud, 2000**

- menos de 30%
- entre 30% y 40%
- entre 40% y 50%
- entre 50% y 60%
- entre 60% y 70%
- más de 70%

Promedio nacional = 59,3%  
 Promedio rural = 28,7%  
 Promedio urbano = 85,0%

Fuente: INEI, ENDES 2000

**Gráfico 20**  
**Porcentaje de partos asistidos por profesionales de la salud, 2000**



**Meta 6**  
**Reducir la razón de mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015.**

**Cuadro 11**  
**Salud materna**

	1992	1996	2000
Razón de mortalidad materna	n.d.	265	185
% partos con asistencia de personal profesional de la salud	52,5%	56,4%	59,3%

Fuente: ENDES 1992, 1996, 2000

## ESTADÍSTICAS

Los indicadores propuestos para el seguimiento del ODM 5 son insuficientes para analizar la salud materna. Debido a ello, esta sección incorpora los siguientes indicadores adicionales:

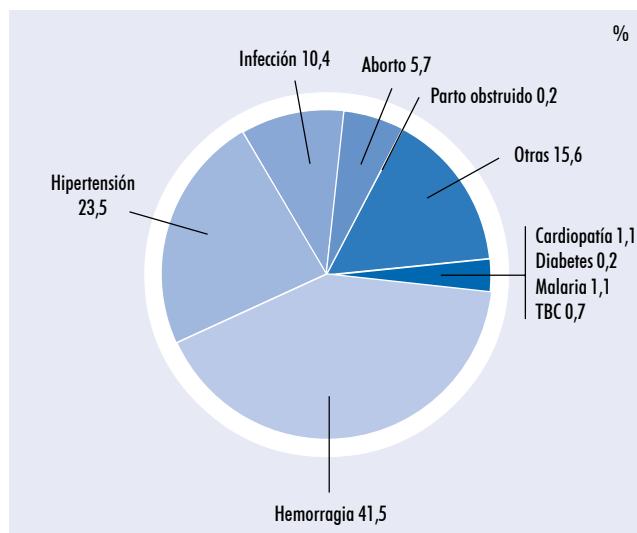
- *Demanda insatisfecha de servicios de planificación familiar:* mide la brecha existente entre fecundidad deseada y fecundidad observada. Permite hacer inferencias sobre la respuesta del país a las necesidades de la población en este aspecto, y sobre las condiciones que faculten a las personas para ejercer su derecho a decidir de manera libre e informada sobre el número de hijos/as que deseen tener.
- *Porcentaje de embarazos en adolescentes:* permite precisar la efectividad de la educación e información, así como el acceso de la población adolescente a servicios para la prevención de embarazos no deseados e inesperados.
- *Incidencia de cáncer ginecológico:* permite visualizar las acciones educativas e informativas y la disponibilidad y acceso a servicios preventivos para la detección precoz de este problema de salud. Se debe señalar que a pesar de lo limitado de la información disponible sobre este indicador, es indispensable considerarlo como un indicador clave del estado de salud de la mujer en general y de la salud materna en particular.

## SITUACIÓN ACTUAL

De acuerdo con la ENDES 2000, la razón de mortalidad materna para el período 1994-2000 fue de 185 muertes por cada 100 mil nacidos vivos. A pesar de que esta razón es reflejo de un progreso importante con respecto al período 1990-1996, sigue siendo una de las más altas de América Latina. Además de ello, revela problemas graves de subregistro. De acuerdo con ajustes realizados por UNICEF, OPS/OMS y UNFPA, la razón de mortalidad materna del 2000 fue de 410 muertes por cada 100 mil nacidos vivos. Dicho subregistro no solo impide el diseño e implementación de políticas y programas que aborden el problema eficazmente, sino que además indefectiblemente arroja luces sobre la posibilidad de un subregistro similar en el tema de la mortalidad infantil.

La mortalidad materna no afecta a todos los sectores por igual. También en este problema se puede hallar la repercusión perversa de las brechas sociales y económicas señaladas en las secciones previas de este reporte. La pobreza, el bajo nivel educativo y la escasez de servicios según el área de residencia son algunos de los factores que incrementan el riesgo de muerte relacionadas con la maternidad para la mujer en edad reproductiva. Según datos del MINSA, la desagrega-

**Gráfico 21**  
**Causas de mortalidad materna, 2002**



Fuente: MINSA, 2002

ción de la información corrobora la tendencia encontrada en metas anteriores: la situación se agrava en las zonas rurales e indígenas.

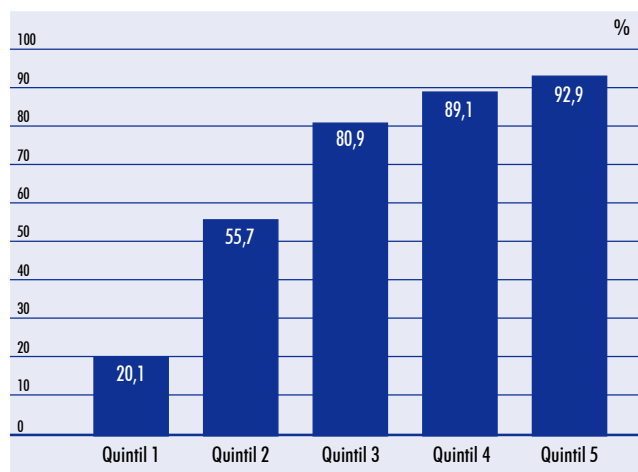
Las causas de muerte no se han modificado significativamente en los últimos años. Las causas directas de muerte siguen siendo las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio inmediato. La mayoría de las muertes ocurren por complicaciones del parto. Así, si bien no necesariamente son predecibles, la mayoría de muertes son evitables a costos relativamente bajos. Ello revela la necesidad y la importancia de una atención médica adecuada y oportuna durante el embarazo y en el momento del parto.

## Partos institucionales

Los promedios nacionales muestran que en el 2000, aproximadamente 4.900 de los partos registrados (40%) no ocurrieron en establecimientos de salud; de la misma manera, cerca del 40% de las gestantes no fueron asistidas por personal profesional de la salud en el parto. A pesar de evidenciar un avance significativo con respecto a inicios de la década de 1990, los indicadores desagregados de partos institucionales (ocurridos en establecimientos de salud y atendidos por personal profesional de la salud) reflejan la persistencia de las enormes inequidades que permean el país. Por ejemplo:

- En las zonas urbanas, la cobertura de parto institucional en el quintil de ingresos superior es el doble que la del quintil inferior. En las zonas rurales, la brecha es de 5 a 1 en lo que se refiere a la cobertura de parto institucional en el quintil superior versus el inferior.
- En el quintil de ingresos inferior, 81,6% de las mujeres da a luz en su vivienda. En las zonas rurales, lo hace 74,5% de las mujeres, mientras que en las comunidades indígenas, esta proporción alcanza al 90% de los partos.
- Al examinar la información departamental, se tiene que menos del 30% de los partos ocurridos en Huancavelica, Cajamarca, Puno, Huánuco y Amazonas fueron atendidos por personal profesional de salud.

**Gráfico 22**  
**Porcentaje de partos atendidos en establecimientos de salud según nivel socioeconómico, 2000**



Fuente: ENDES 2000

- En términos de niveles de educación, la ENDES 2000 muestra que 14,5% de los partos de mujeres sin educación ocurrió en establecimientos de salud y 17,5% fueron atendidos por personal profesional de la salud.

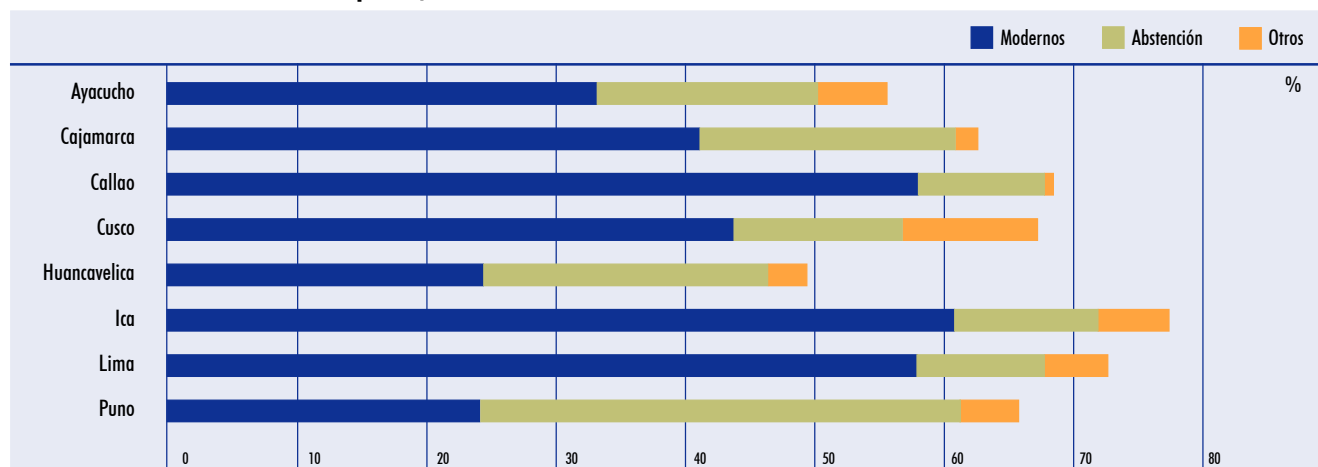
De acuerdo con la ENDES 2000, las razones principales dadas por las mujeres de los dos quintiles inferiores de ingresos para no acudir a un establecimiento

de salud del MINSA al momento del parto fueron su lejanía, factores relacionados con el contexto sociocultural específico y falta de dinero.

## Planificación familiar

La posibilidad de ejercer el derecho a la maternidad segura tiende a aumentar cuando la mujer (o la pareja) cuenta con la posibilidad de elegir libre e informadamente el tamaño de su familia. En este sentido, se considera que los indicadores sobre planificación familiar —se utiliza el de demanda insatisfecha de servicios de planificación familiar<sup>1</sup>— son pertinentes en la apreciación del objetivo de salud materna. La información y el acceso a métodos de planificación familiar se ha incrementado en las últimas décadas, en concordancia con la reconfiguración de los roles y la posición de la mujer en la familia, la economía y la sociedad. En la década de 1990, la brecha entre la fecundidad deseada y la observada disminuyó de 2,0/3,5 en 1991 a 1,8/2,9 en el 2000. De esta manera, el indicador derivado de demanda insatisfecha por servicios de planificación familiar de las mujeres unidas (con pareja estable) se redujo de 16,2% en 1991 a 10,2% en el 2000. Si bien este promedio nacional es alentador, los datos de las zonas de menor desarrollo relativo —con patrones cultura-

**Gráfico 23**  
**Prevalencia de uso de anticonceptivos, 2000**



Fuente: ENDES 2000

<sup>1</sup> Proporción de mujeres que deseando limitar el tamaño de sus familias no han contado con los medios para hacerlo.

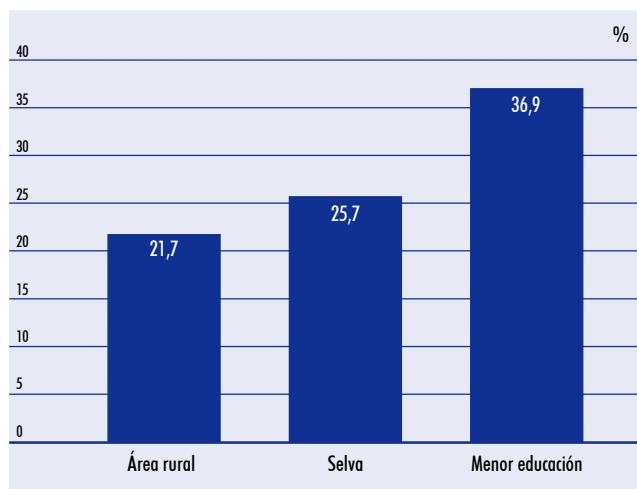
les ancestrales que coartan la capacidad de elección de la mujer, bajos niveles de educación y altísimas tasas de pobreza— muestran brechas mucho más pronunciadas. Un ejemplo notable es el porcentaje de demandas insatisfechas de mujeres con pareja estable en Huancaavelica (22%) comparado al de Moquegua (4%). Coincidentemente, en estos dos departamentos, la prevalencia de uso de anticonceptivos modernos es de 24,2% y 60,3%, respectivamente, y la prevalencia de uso de otros métodos es de 37,5% y 15,5% respectivamente (que alcanza brechas de 3,0/6,1 en Huancaavelica y 1,8/4,2 en Huánuco).

La demanda insatisfecha de servicios de planificación familiar tiende a agudizarse al considerar la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos. De esta manera, se tiene que hay mayor uso de métodos anticonceptivos, especialmente de métodos modernos, en el caso de los departamentos con mayor proporción de zonas urbanas, patrones socioculturales con mayor influencia occidental, niveles de educación más altos y condiciones de pobreza menos precarias.

## Maternidad adolescente

De acuerdo con los datos del último censo nacional, el 11,2% de las adolescentes de 15 a 19 años y el 1,2% de las niñas de 12 a 14 años tenían al menos un hijo o hija

**Gráfico 24**  
**Porcentaje de embarazos adolescentes (15-19 años), 2000**



Fuente: ENDES 2000

en 1993. Dichas proporciones se incrementaron en los años siguientes. En el 2000, la ENDES encontró que 13% de las adolescentes de 15 a 19 años ya eran madres o estaban gestando por primera vez. Consistentemente con las inequidades persistentes en el país, los porcentajes más altos de embarazo adolescente se hallan en las zonas de mayor pobreza y exclusión, y en los grupos humanos con menores niveles de educación.

El embarazo temprano, usualmente no intencional, tiene efectos de largo plazo no solo en la salud de la mujer —a menudo está asociado con períodos intergenésicos cortos y alta paridad durante su vida reproductiva— sino en su calidad de vida y la de sus hijos, sus proyectos y sus posibilidades de desarrollo futuro. En el Perú, la razón de mortalidad materna en adolescentes fue 22,2 muertes por cada 100.000 embarazos en el 2000. Si bien no hay información sobre la razón de mortalidad materna en el extremo etario de 12 a 14 años, se infiere que puede ser más elevada que la del grupo precedente (15 a 19 años) debido a los mayores riesgos que reviste el embarazo para este grupo de edad.

## Cáncer ginecológico

El cáncer ginecológico (de tracto reproductor y mama) no es una causa directa de muerte materna. Sin embargo, constituye un problema de salud pública urgente debido a que es una de las causas principales de muerte en mujeres en edad de tener hijos. De acuerdo con datos de MINSa, 9,1% del total de las defunciones registradas de mujeres se debió a neoplasias malignas —incluyendo las ginecológicas— en el 2000. En ese mismo año, se registró que 10.990 mujeres tenían alguna etapa de cáncer ginecológico que requería de acción inmediata, ya que 1,78% de los exámenes citológicos realizados en establecimientos de salud de MINSa fueron positivos. Este dato se convierte en dramático cuando se tiene en cuenta que el Papanicolaou (detección precoz de cáncer de cuello uterino) se practicó a alrededor del 10% de las mujeres de 20 a 49 años. Al igual que en los casos anteriores, dicha proporción cubre grandes disparidades en lo referido a zonas geográficas, niveles de pobreza y educación.



## CONTEXTO INSTITUCIONAL

El derecho a una maternidad segura es un componente importante del marco institucional y normativo de salud. La Constitución Política promueve la maternidad y la paternidad responsable y afirma que todas las familias y las personas tienen derecho a decidir. El Estado asegura la existencia de programas de educación e información adecuados y el acceso a medios que no afecten la vida y la salud (Cap. II, Art. 6). Reconoce el derecho de todos a la protección de la salud (Cap. II, Art. 7), el derecho universal y progresivo a la seguridad social (Cap. II, Art. 10) y el libre acceso a las prestaciones de salud y pensiones (Cap. II, Art. 11).

Siete de las 29 Políticas de Estado del Acuerdo Nacional están relacionadas con diferentes aspectos de la Salud Materna: VII. Erradicación de la Violencia y Fortalecimiento del Civismo y de la Seguridad Ciudadana; X. Reducción de la Pobreza, XI. Promoción de la Igualdad de Oportunidades sin Discriminación; XII. Acceso Universal a una Educación Pública Gratuita y

de Calidad y Promoción y Defensa de la Cultura y del Deporte; XIII. Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social; XVI. Fortalecimiento de la Familia, Protección y Promoción de la Niñez, la Adolescencia y la Juventud; y XXVIII. Plena Vigencia de la Constitución y de los Derechos Humanos y Acceso a la Justicia e Independencia Judicial. De estas Políticas de Estado, se considera que la XIII es de suma importancia para el logro del ODM 5 en lo referido al acceso a la atención de salud y a la atención de la salud materna en particular.

De acuerdo con la Ley General de Salud, “[e]s responsabilidad del Estado vigilar, cautelar y atender los problemas de salud (...) de la madre (...) en situación de abandono social”.

Asimismo, “[t]oda persona tiene derecho a recurrir al tratamiento de su infertilidad, así como a procrear mediante el uso de técnicas de reproducción asistida, siempre que la condición de madre genética y de madre gestante recaiga sobre la misma persona”. Los Lineamientos de Política Sectorial para el Período 2002-2012 y los Principios Fundamentales para el Quinquenio Agosto 2001 – Julio 2006 establecen como principios básicos de la política de salud: (i) la universalización del acceso a la salud, (ii) la integridad de la persona y de la atención de salud y (iii) la calidad de la atención como un derecho ciudadano y la equidad como principio elemental de la justicia social. Estos lineamientos plantean la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la atención integral mediante la extensión y la universalización del aseguramiento en salud<sup>2</sup> (Seguro Integral de Salud (SIS), Essalud, otros) como estrategias básicas para combatir la mortalidad materna, incrementar la cobertura de los servicios y reducir la exclusión. Por otro lado, el Plan de Emergencia para la Reducción de la Mortalidad Materna de MINSA, presentado recientemente —el ante-

<sup>2</sup> Las leyes de modernización de la seguridad social (Leyes N° 22482 y 26790) protegen la familia y la maternidad.

rior fue implementado entre 1995 y 2001— busca ejecutar diversas medidas identificadas como desafíos en este ODM<sup>3</sup>.

Adicionalmente a estas normas, que establecen el marco de apoyo normativo general, se considera que las siguientes también deben ser tomadas en cuenta:

- Ley N° 26260 “Protección frente a la Violencia Familiar”: Establece la política del Estado y de la sociedad frente a la violencia familiar, así como las medidas de protección que correspondan, incluyendo medidas de protección para la gestante.
- Ley N° 24705 (1987): Reconoce a las amas de casa como trabajadoras independientes que se pueden incorporar a los regímenes de Previsión Social de Salud y de Pensiones del IPSS. Toma en cuenta la contingencia de maternidad y se disponen beneficios y subsidios<sup>4</sup>.
- Normas y Procedimientos para el Control del Cáncer de Cuello Uterino (R.M. 0035-86-SA/DVM-1986).

La participación de las ONGs en la oferta de servicios es limitada. Sin embargo, su actuación como agentes de cambio en la capacitación e información a mujeres —especialmente las de grupos excluidos, en aspectos de derechos sexuales y reproductivos, equidad de género y autoestima— es muy importante. Igualmente, es valiosa la labor que realizan en la conformación de comités de vigilancia ciudadana de la calidad de los servicios de salud y en las acciones de abogacía que buscan poner en la agenda pública las necesidades de las mujeres y la defensa de sus derechos sexuales y reproductivos.

En términos generales, y a pesar del marco normativo extenso, la salud materna todavía no es percibida por la población general como una necesidad y una prioridad que requiere de una participación multisectorial. Menor conciencia aún existe sobre la necesidad de superar los factores determinantes de la salud materna como son la inequidad de género, el poco conocimiento sobre el derecho humano a la salud y sobre los derechos sexuales y reproductivos y su ejercicio.

<sup>3</sup> Incluir una perspectiva de género; lograr la adecuación intercultural de los servicios y atención integral de salud; consolidar la participación y vigilancia ciudadana; maximizar el número de partos atendidos por personal calificado; aumentar la atención calificada de las emergencias obstétricas; garantizar la disponibilidad de sangre segura y servicios de planificación familiar, entre otros.

<sup>4</sup> La asegurada está exenta de la obligación de aportar durante el período pre y post natal (90 días) y tiene derecho a recibir subsidios de lactancia y maternidad. El subsidio por maternidad cubre el período pre y post natal (45 días antes y 45 días después del parto) siempre que la asegurada no realice actividad remunerada (D.S. 179-91-PCM). El subsidio por lactancia puede ser solicitado indistintamente por el padre o la madre, quienes acreditarán su derecho y el del niño (Directiva 012-DNPS-IPSS-86). La Ley N° 26644 precisa y norma el descanso prenatal y post natal de la trabajadora gestante.

## DESAFÍOS

### Reconocimiento de la salud materna como prioridad y necesidad

Ninguna mujer debe morir en el acto de transmitir y dar vida. En este sentido, el combate contra la mortalidad materna debe constituirse en un gran objetivo de la política nacional. El marco normativo vigente contiene como objetivos explícitos e indispensables los lineamientos y compromisos de salud. Su operacionalización hace necesario posicionar la “salud materna” en la agenda pública para asegurar el compromiso multisectorial, la activa participación social, comunitaria y familiar en el apoyo a la maternidad y en la reducción de la morbilidad materna, y fortalecer la educación de la mujer y de la niña.

La comprensión integral de la salud materna requiere reconocer su articulación con diversos aspectos del desarrollo humano en el Perú: persistencia de inequidades de género; limitado conocimiento sobre autocuidado de la salud, sexualidad y ejercicio de derechos sexuales y reproductivos; diversidad cultural; participación insuficiente de las mujeres en el diseño e implementación de estrategias y programas dirigidos a ellas; e incremento de conductas de riesgo y persistencia de la violencia —física, psíquica y social— a niveles intra y extra familiar.

### Barreras impuestas por sesgos en la información relacionada con la salud materna

La inequidad de género está presente en el tema de la salud materna. Ello es palpable al observar los indicadores sobre planificación familiar que muestran brechas significativas entre la tasa de fecundidad deseada y la observada en las zonas más pobres y los grupos más excluidos del país. Por otro lado, también existen vacíos pronunciados en lo referido al ejercicio de la salud personal, los controles del embarazo, parto y posparto, y otros controles ginecológicos, entre otras actividades de prevención en la salud materna. Se considera que dichas brechas y vacíos pueden ser superados parcialmente con la difusión de información y actividades de promoción adecuadas que permitan superar el conocimiento limitado sobre sexualidad y autocuidado de la salud y faciliten la posibilidad de que las mujeres alcancen sus ideales reproductivos y tomen decisiones informadas sobre su propia salud, así como que los varones participen en el cuidado de la salud reproductiva y la maternidad.

En una línea similar es un desafío la capacitación del personal profesional de salud en temas de salud reproductiva, derechos sexuales y reproductivos, y equidad de género. Es conveniente propiciar que los programas formadores de personal profesional de la salud —universidades, escuelas técnicas, entre otros— incorporen a su currícula los conceptos de derechos y salud sexual y reproductiva, equidad de género, sexualidad y perspectivas culturales, con el objetivo de que sus egresados estén capacitados para enfrentar los retos de informar y brindar servicios de calidad con un enfoque de género que considere el contexto sociocultural de las mujeres y adolescentes en general y de las poblaciones excluidas en particular.

La diseminación más simétrica de la información adecuada contribuirá a prevenir comportamientos de riesgo, especialmente en el caso de adolescentes, que condicionan la ocurrencia de sexo no protegido e irresponsable, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA.

### Las políticas de salud y su implementación

Es necesario incorporar el enfoque integral de salud reproductiva en las políticas de salud y la consecuente oferta de servicios. Dicho enfoque implica fortalecer la atención y cuidados durante el embarazo, parto, posparto y el período intergenésico en general. En particular, sus intervenciones están destinadas a lograr

que todos los embarazos sean deseados y saludables —que haya información y acceso a los servicios y métodos de planificación familiar— y que se incremente la detección y el tratamiento precoz del cáncer ginecológico.

El Perú es un país culturalmente heterogéneo. El desconocimiento de dicha heterogeneidad en el diseño e implementación de las políticas de salud constituye una de las causas por las cuales el acceso y el uso de los servicios relacionados con la salud materna tiende a ser reducido en algunas zonas del país. Un reto importante, entonces, es lograr que los establecimientos de salud brinden servicios “culturalmente aceptables”, es decir, que respondan a las necesidades y diversidades culturales de los grupos excluidos. Asimismo, constituye un reto de largo plazo la incorporación de dichos grupos en la definición de estrategias con el fin de eliminar las barreras existentes entre las prácticas modernas y las tradicionales.

### **Acceso permanente a los servicios de salud y a la educación preventiva**

Buena parte de las muertes maternas en el Perú pueden ser evitadas. Con el fin de volver realidad esta posibilidad se debe mejorar sustancialmente la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud y asegurar su atención —al menos de emergencia— permanente. Los servicios de salud deben contar con la infraestructura, equipos, medicamentos y personal calificado para tratar y resolver las emergencias obstétricas. Debe existir un sistema efectivo de referencia y contrareferencia, que incluya los medios de transporte adecuados y asegure la participación y disponibilidad de redes de apoyo informadas sobre signos de alarma durante la gestación, el parto y el puerperio. Se debe priorizar las acciones y la inversión en áreas rurales e indígenas debido a la escasa cobertura y calidad de atención en los servicios de salud de estas zonas.

### **Pobreza y ejercicio del derecho a la maternidad segura**

La pobreza es una de las razones principales que impide que las mujeres ejerzan el derecho a la maternidad segura. La falta de dinero es mencionada como una de las causas más importantes para no acudir a establecimientos de salud, especialmente entre las mujeres de los quintiles inferiores de ingresos. El SIS actual fue diseñado como parte de una estrategia para eliminar la barrera económica en el acceso a atenciones médicas prenatales, de parto y posparto. Ha sido exitoso en la afiliación de madres gestantes, especialmente en las áreas urbanas. El desafío actual es ampliar su cobertura en las áreas rurales, especialmente en las zonas andinas, de Selva y en los dos quintiles más pobres de la población (8,4% de las madres del quintil 1 y 6,6% de las madres del quintil 2 estaban afiliadas en el 2000). ■



**Combatir  
el VIH/SIDA,  
la malaria y otras  
enfermedades**

OBJETIVO DE DESARROLLO DEL MILENIO 6

COMBATIR EL VIH/SIDA, LA MALARIA Y OTRAS ENFERMEDADES



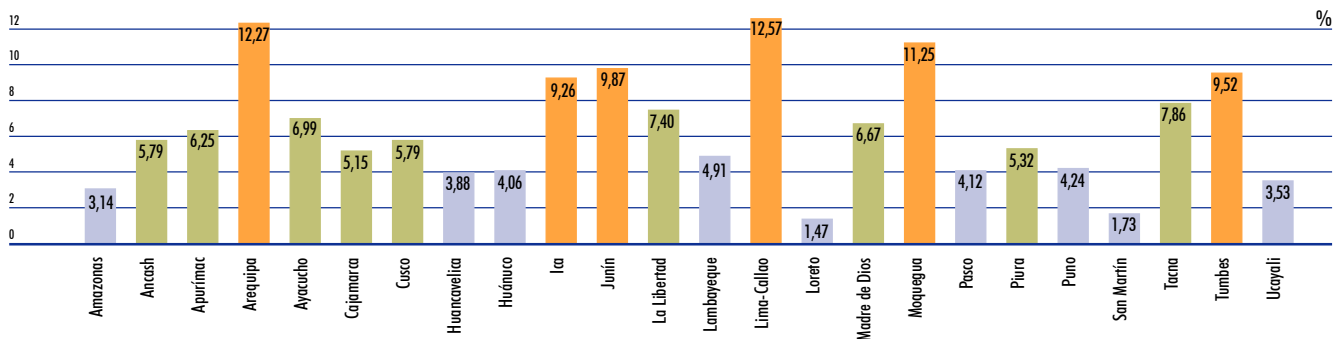
Mapa 7  
Porcentaje de uso de preservativos dentro de la tasa de uso de anticonceptivos, 2000

- menos de 5%
- entre 5% y 9%
- más de 9%

Promedio nacional = 8,17%  
 Promedio rural = 3,60%  
 Promedio urbano = 10,30%

Fuente: INEI, ENDES 2000

Gráfico 25  
Porcentaje de uso de preservativos dentro de la tasa de uso de anticonceptivos, 2000



**VIH/SIDA**

**Meta 7**

Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA.

Cuadro 12 VIH y uso de preservativos		
	Año base*	2000
Prevalencia de VIH entre gestantes de 15 a 24 años	0,30%	0,26%
% uso de preservativos dentro de tasa de uso de anticonceptivos	4,80%	8,20%

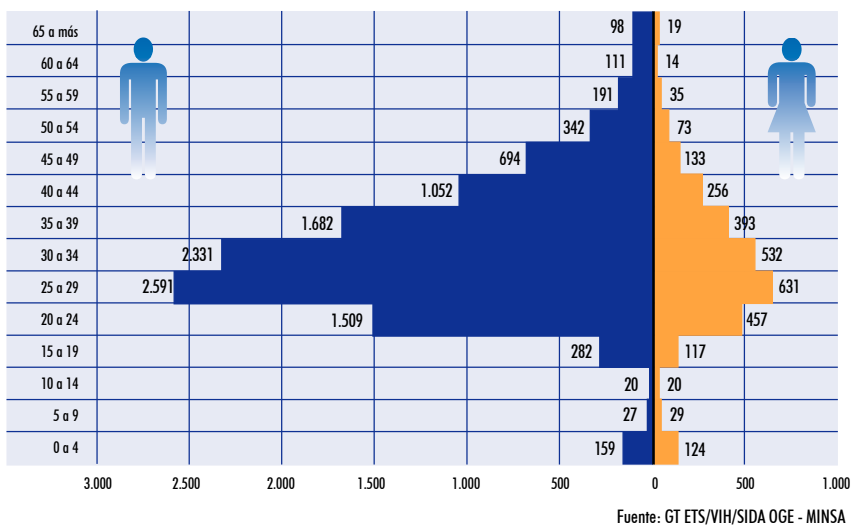
\* 1996 para prevalencia de VIH; 1992 para % uso de preservativos  
Fuente: MINSA

**SITUACIÓN ACTUAL**

El potencial de expansión del VIH/SIDA en el país es enorme debido a la confluencia de factores relacionados con la disminución en el uso de métodos anticonceptivos modernos por cambios en las políticas públicas, el comercio sexual activo sin protección y la baja percepción de riesgo a nivel societal.

En el año 2000, la tasa de prevalencia de VIH/SIDA en el Perú era de 0,26%. El MINSA ha registrado 12.981 casos notificados desde 1983 hasta el 2003. Según sus propias proyecciones, el MINSA estima que en el 2003 había 76.633 personas viviendo con VIH/SIDA en el Perú, de las cuales 18.000 serían mujeres y 4.500 niños y niñas menores de 15 años. El número de mujeres infectadas con VIH/SIDA aumenta diariamente. De acuerdo con los cálculos del

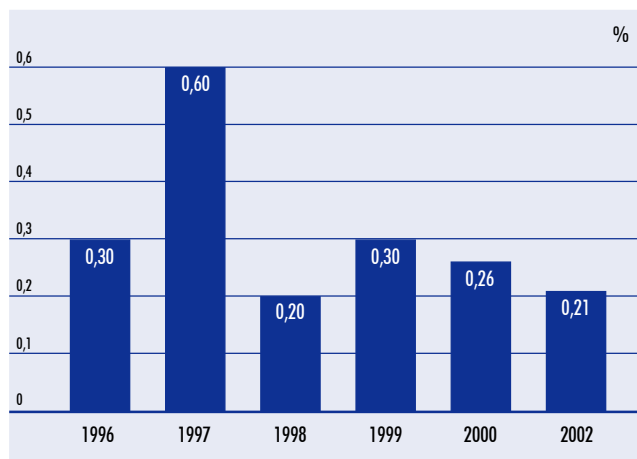
**Gráfico 26**  
Casos de VIH/SIDA por edad y sexo, 1983-2004



MINSA, el porcentaje de mujeres dentro del total de casos creció de 4% a 20% entre 1987 y el 2003.

La prevalencia de VIH entre las mujeres embarazadas de 15 a 24 años ha sido calculada por tres fuen-

**Gráfico 27**  
Prevalencia de VIH en mujeres gestantes de 15 a 24 años



Fuente: para datos 1996-2000, PROCETSS-MINSA; para 2002, datos de OGE-MINSA

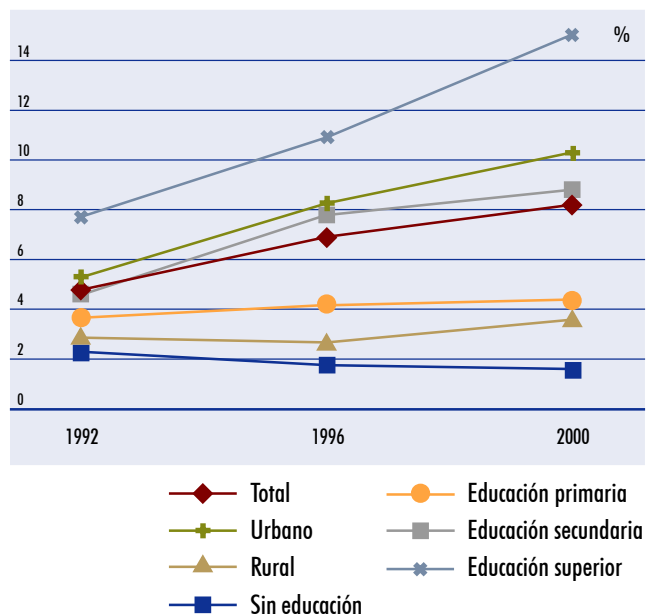
tes y metodologías distintas no comparables durante la década de 1990, las cuales dan como resultado tasas oscilantes de prevalencia en este grupo<sup>1</sup>.

Una encuesta más focalizada —la Encuesta Domestica de ETS y Conducta Sexual realizada por el proyecto PREVEN— halló tasas de prevalencia de VIH en adultos jóvenes entre 18 y 29 años de 0,4% en hombres y 0,1% en mujeres en el 2002, para 24 ciudades con más de 50.000 habitantes. A nivel geográfico, las regiones con mayor prevalencia son Ucayali, Madre de Dios, Lima y Callao.

Por otro lado, en el 2003 el MINSA tenía registradas 1.974 gestantes seropositivas. El mismo ministerio estima que esta cifra presenta un subregistro altísimo, el cual se debería al velo de estigmatización que rodea el tema, el consecuente miedo de las mujeres a hacerse alguna prueba que permita detectar la infección, las bajas coberturas de control prenatal y la limitada oferta de servicios de diagnóstico, especialmente en áreas andinas y amazónicas.

El porcentaje de uso de preservativos dentro del uso de anticonceptivos en mujeres de 15 a 24 años casi

**Gráfico 28**  
Porcentaje de uso de preservativos dentro de tasa de uso de anticonceptivos en mujeres de 15 a 49 años



Fuente: ENDES 1992, 1996, 2000

se duplicó en la década de 1990 en el promedio nacional y en las zonas urbanas, mas no en el de las áreas rurales<sup>2</sup>. La utilización de preservativos, como se sugirió en la discusión sobre el ODM 5, está asociada con el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva por parte de la mujer y el contexto consecuente de equidad o inequidad de género, con las oportunidades económicas de la mujer, con patrones socioculturales y con los niveles de educación. En los grupos más excluidos y los sectores de ingresos más bajos, la utilización de anticonceptivos es relativamente reducida; en estos grupos, el uso del preservativo tiende a ser relegado en favor del uso de métodos más tradicionales.

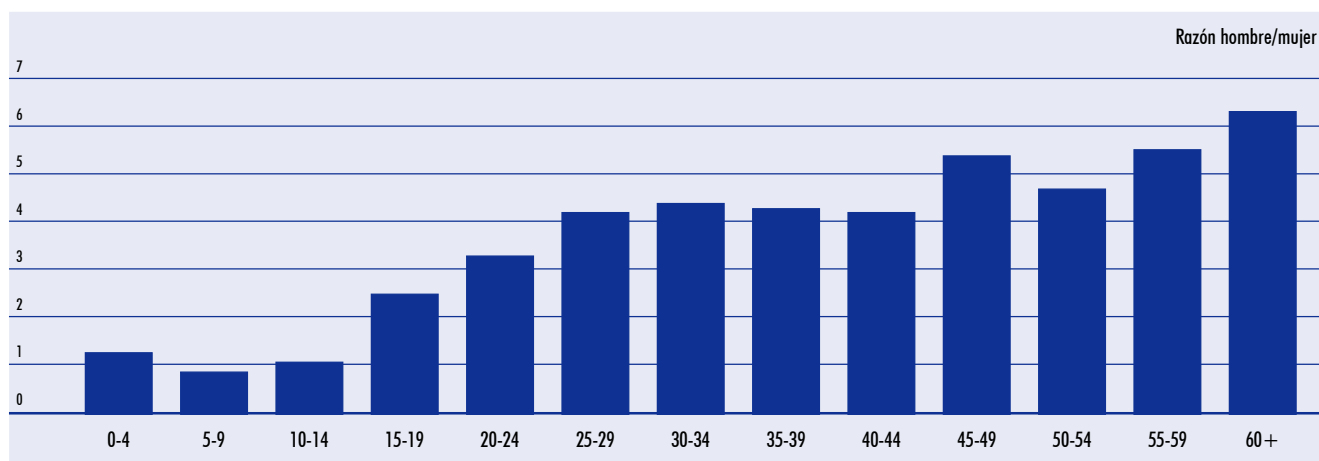
Si bien el país no cuenta con información oficial sobre el número de niños y niñas huérfanos por causa del VIH/SIDA, el MINSA menciona la cifra de 17.000 huérfanos para el 2001 en varios reportes. Dada la es-

<sup>1</sup> Hasta el 2000, la prevalencia de VIH fue reportada por el sistema de vigilancia centinela del Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCETSS) del MINSA. A partir de 1999, la conducción de la medición pasó a la Oficina General de Epidemiología (OGE) del MINSA y desde el 2002 se realiza de acuerdo a las zonas de influencia de las Direcciones de Salud (DISAs).

<sup>2</sup> La encuesta PREVEN del 2002 reportó el uso consistente de condón en el 9% de las mujeres y 16% de los hombres con su pareja estable, en el 11% de las mujeres y 24% de los hombres con sus parejas casuales, en el 32% de los varones con parejas del mismo sexo y 45% de los varones con trabajadoras sexuales.

Gráfico 29

Razón hombre/mujer por grupos de edad entre los casos notificados de VIH/SIDA



Fuente: MINSA: PROCETTS, OGE, hasta el 31 de agosto del 2003

tigmatización aún persistente, estos huérfanos y huérfanas tienden a ser discriminados en sus escuelas y comunidades. Incluso en algunos casos se vulnera su derecho a asistir a la escuela.

El mal ha dejado de ser principalmente un problema de minorías de alto riesgo. La relación hombre/mujer ha variado sustancialmente (véase gráfico 29). El principal modo de transmisión es la vía sexual (87%), y desde 1994 la fuente de transmisión principal se desplazó de las relaciones homosexuales a las relaciones heterosexuales.

En cuanto a los grupos etarios más afectados, se tiene que entre 1983 y 1999 cerca del 70% del total acumulado de casos de VIH/SIDA se presentó en adultos de 20-39 años. En ese período, la edad mediana pasó de 38 a 29 años, por lo que se calcula que la infección ocurre entre los 15 y 19 años. Así, dentro del grupo más afectado se hallan las mujeres en edad y apogeo reproductivo. Esta señal de alarma va complementada por cambios en las formas principales de transmisión de la enfermedad: actualmente, el primer y segundo lugar están ocupados, respectivamente, por la transmisión sexual —especialmente en relaciones heterosexuales— y la transmisión vertical de madre a hijo. El incremento de mujeres en edad reproductiva con seroprevalencia permite proyectar crecimientos sostenidos en el peso de la transmisión vertical.

CONTEXTO INSTITUCIONAL

La lucha contra la epidemia de VIH/SIDA ha sido asumida por el gobierno peruano como una de sus Políticas de Estado. La Ley General de Salud señala las responsabilidades de la autoridad sanitaria en la prevención y control de las enfermedades Transmisibles, y la Ley N° 26626 (Ley CONTRASIDA) declara de importancia nacional la prevención y control del VIH/SIDA y da las pautas para el tratamiento integral de las personas que tienen VIH/SIDA, incluyendo el tratamiento antirretroviral.

La Decimotercera Política de Estado del Acuerdo Nacional tiene entre sus objetivos “[p]otenciar la promoción de la salud, la prevención y el control de enfermedades transmisibles y crónico degenerativas”. En este contexto, establece la meta cuantitativa de “mantener la seroprevalencia de VIH en 0,2% en la población general, al 2006”.

La Ley General de Salud (Ley N° 26842), en el Capítulo IV (Del Control Nacional e Internacional de las Enfermedades Transmisibles) señala que “[l]a Autoridad de Salud de nivel nacional es responsable de dirigir y normar las acciones destinadas a evitar la propagación y lograr el control y erradicación de las enfermedades transmisibles en todo el territorio nacional, ejerciendo la vigilancia epidemiológica e inteligencia

sanitaria y dictando las disposiciones correspondientes”, lo cual da el soporte legal para el desarrollo de acciones de promoción, prevención y control de las enfermedades transmisibles, incluyendo el VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual.

La Ley CONTRASIDA (Ley N° 26626, 1996) y su Reglamento (1997) declaran “de necesidad nacional e interés público la lucha contra la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)”. Asimismo, establecen las pautas para la prevención y control del VIH/SIDA y el tratamiento de las personas que viven con VIH/SIDA (Art. 7). Señalan que toda persona con VIH/SIDA (PVVS) tiene derecho a recibir, entre otros:

- Atención integral de salud continua y permanente en los establecimientos de salud del Estado.
- El suministro de medicamentos requeridos para el tratamiento adecuado e integral de la infección por el VIH y SIDA. Para ello establece la gratuidad progresiva en el tratamiento antirretroviral,

dando prioridad a las personas en situaciones de vulnerabilidad y pobreza extrema.

- La provisión de recursos humanos, logísticos e infraestructura necesarios para mantener, recuperar y rehabilitar su estado de salud.

En los últimos años ha aumentado la participación de ONGs, agrupaciones de personas que viven con VIH, instituciones académicas y otras de la sociedad civil —que se han organizado en la Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud (CONAMUSA)— en la lucha contra esta epidemia. Esta entidad obtuvo financiamiento del Fondo Mundial de Lucha contra la Malaria, Tuberculosis y el VIH/SIDA por 23 millones de dólares para actividades de prevención y control, incluyendo el acceso a tratamiento de 7.000 personas en el primer año del proyecto. Conjuntamente con ese financiamiento, se ha obtenido el compromiso del gobierno de financiar el tratamiento, en forma progresiva, a todas las personas que lo requieran, de modo que se espera que al final de los cinco años el 100% de los tratamientos sean financiados con fondos provenientes del tesoro público.

## DESAFÍOS

Los factores críticos para el cumplimiento de las metas son la baja percepción y desinformación del riesgo de infección por parte de la población, así como la necesidad de incluir en los programas criterios preventivos además de curativos. Es urgente que se atiendan las dificultades para el acceso a tratamiento, se dé cabida a una progresiva participación de la sociedad civil —en particular de las PVVS— y se establezcan políticas de Estado e instrumentos legales que institucionalicen la prevención y el control del VIH/SIDA.

### Desinformación respecto al VIH/SIDA

La desinformación es uno de los factores que interviene en la diseminación de la enfermedad. La ENDES 2000 registró que el 12,7% de mujeres de 15 a 49 años de edad declararon no conocer el VIH/SIDA, 24,7% indicaron conocerlo pero desconocer como prevenir la enfermedad. Dos tercios de las mujeres declararon

que luego de haber conocido sobre el SIDA no cambiaron su comportamiento sexual. Solo el 49% de las mujeres en el país ha oído hablar de infecciones distintas al VIH que pueden transmitirse a través del contacto sexual.

### **Necesidad de reformular la estrategia actual**

Cumplir la meta de detener y reducir la propagación de VIH/SIDA en el Perú significa disminuir la prevalencia en mujeres embarazadas, aumentar en general el uso de preservativos y en particular su uso en la última relación sexual con pareja ocasional, bajar la proporción anual de nuevos casos de SIDA en la población de 15 a 24 años y la trasmisión vertical de VIH. Se prevé que todo ello se podrá cumplir cambiando la estrategia centrada en el SIDA y en grupos minoritarios de alto riesgo hacia una estrategia de prevención primaria dirigida a la población en su conjunto, complementando las acciones dirigidas a grupos de mayor riesgo con acciones generales dirigidas a la población mediante el empleo de medios masivos de comunicación y el sistema educativo.

### **Calidad y sostenibilidad del acceso al tratamiento**

Se debe garantizar la calidad y adherencia al tratamiento antiretroviral a través de los servicios de salud en el marco de la universalización del tratamiento apoyado por el Proyecto del Fondo Global. Asimismo, se debe asegurar la contrapartida nacional durante la ejecución del proyecto y la sostenibilidad de la inversión pública una vez concluido su apoyo.

### **Acceso reducido a antiretrovirales**

La principal dificultad que afrontan los pacientes con VIH/SIDA es el acceso a medicamentos, que en el Perú tienen alto costo. Solo el 8% de las mujeres gestantes seropositivas tuvieron acceso a la terapia antiretroviral en el 2001, la cual es crucial para prevenir la transmisión vertical de madre a hijo. En el 2003, el MINSA y las organizaciones de PVVS obtuvieron, dentro de una negociación conjunta de los países de la Comunidad Andina con los grandes proveedores de medicamentos, el compromiso de precios más bajos para los antiretrovirales.

### **Necesidad de mayor inversión en intervenciones contra el VIH/SIDA**

Cumplir la meta implica aumentar la inversión en las intervenciones contra VIH/SIDA. El presupuesto del PROCETSS creció 15 veces entre 1995 y el 2000, llegando a ejecutarse 18'570.600 soles en el 2000 aunque esto no detuvo la propagación del VIH/SIDA. Sin embargo, es importante resaltar como un logro de país la consolidación de un equipo nacional multisectorial que presentó la propuesta ante el Fondo Global. El compromiso del país es por los dos primeros años. Además de la necesidad de fortalecer dicho compromiso en el mediano plazo, es importante recalcar que el Fondo Global no incluye medidas preventivas sino solo acceso a antiretrovirales. En este sentido, se considera conveniente la inclusión de la distribución de preservativos como parte de la estrategia de prevención. ■

**META 8**

**Haber detenido y comenzado a reducir para el año 2015 la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves.**

**SITUACIÓN ACTUAL****Malaria**

La malaria constituye uno de los principales problemas de salud pública en el Perú. El problema se agrava al constatar que quienes padecen de malaria son los pobres. Alrededor del 30% (7'892.822 habitantes) de la población vive en zonas de alto y mediano riesgo de transmisión. A inicios del 2003, la OPS/OMS estimó que 2,5 millones de habitantes del país viven en áreas de alto y muy alto riesgo. La tasa de morbilidad asociada con la malaria, calculada mediante la Incidencia Parasitaria Anual (IPA), muestra que hubo una tendencia ascendente desde 1991 (1,53) hasta 1998 (9,97) cuando empezó a caer, llegando a 1,82 en el 2003.

A pesar del discreto decrecimiento entre 1996 y setiembre del 2003, se han notificado y tratado 1'135.797 casos de malaria. Las variables de riesgo que motivaron su incremento en la década de 1990 —fe-

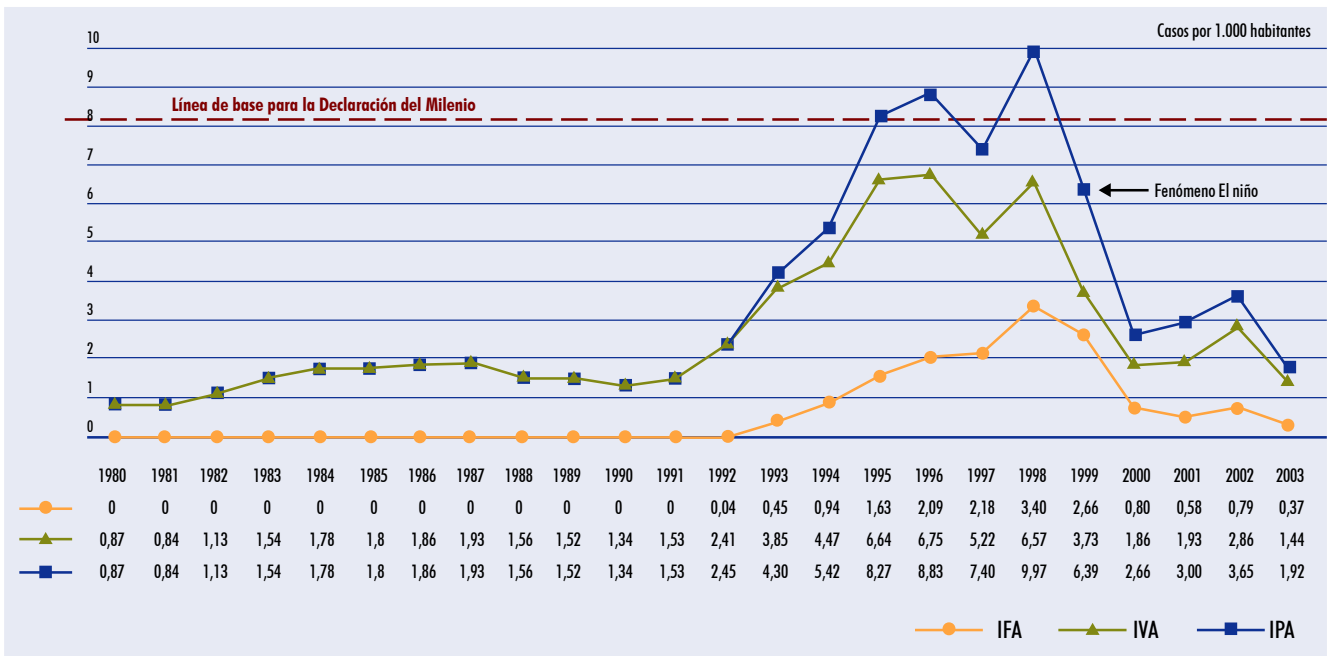
nómenos climatológicos, resistencia a medicinas e insecticidas y migraciones de poblaciones en riesgo— siguen siendo peligros potenciales para la población.

La tasa de mortalidad por malaria no es un indicador sensible debido a sus valores excesivamente bajos y a la evidencia de subregistro de las defunciones<sup>3</sup>. Por ejemplo, de las 33 Direcciones Regionales de Salud, solo cuatro regiones registraron casos de mortalidad por malaria en el 2000 y una —Loreto— en el 2002. En la misma línea, se tiene que solo hubo 9 casos registrados de muerte por malaria en el 2003.

El Perú no cuenta en la actualidad con información respecto al porcentaje de la población en áreas de riesgo que toman medidas efectivas de prevención y tratamiento de malaria. Sin embargo, se está iniciando el seguimiento del uso adecuado de mosquiteros y de la población beneficiaria de la distribución de los mismos en zonas de alto riesgo. Se espera además monitorear otros indicadores como la presencia de métodos de cultivo de arroz con riego intermitente, la

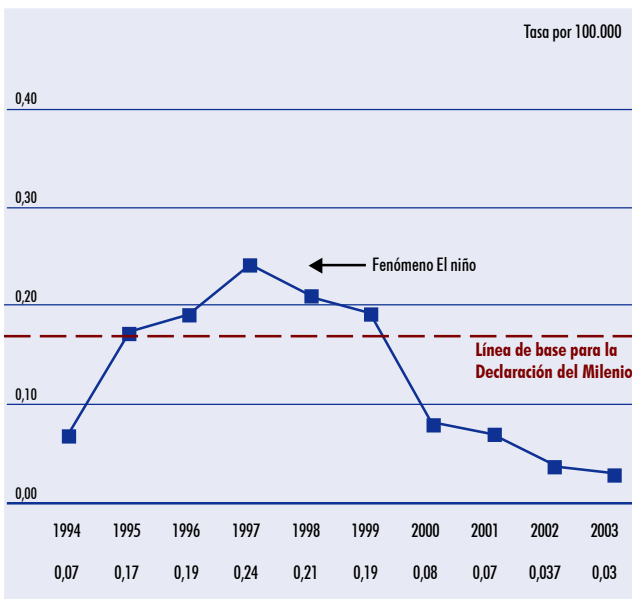
<sup>3</sup> Entre 1998 y 2002, la mortalidad se calculó en rangos de 0,13 a 0,037 x 100.000.

**Gráfico 30<sup>4</sup>**  
**Indicadores epidemiológicos de malaria. Tendencia IPA, IVA, IFA, 1980 - junio 2003**



Fuente: MINSA- DGSP, DEAIS, DPCR - ESN - malaria y OEM

**Gráfico 31**  
**Mortalidad por malaria, 1994 - 2003**



Fuente: MINSA- DGSP, DEAIS, DPCR - ESN - malaria y OEM

incorporación de contenidos sobre malaria en la currícula escolar de zonas endémicas, así como los establecimientos en zonas de riesgo que cuentan con métodos de diagnóstico de laboratorio.

La información proporcionada por la OPS/OMS señala que predomina la malaria por *Plasmodium vivax* y que ha habido un incremento progresivo de la proporción de *Plasmodium falciparum* (19,7% de los casos en 1995, 41,6% en 1999 y 21% en 2001). Este incremento se asocia al aumento de la extensión geográfica de la transmisión vectorial en Loreto en 1995-96 y en Tumbes y Piura luego del fenómeno de El Niño en 1997-98, así como a la emergencia, extensión y dispersión de cepas plasmodiales resistentes al tratamiento, y al incremento y dispersión de *Anopheles darlingi* en Loreto y *Anopheles albimanus* en Tumbes y Piura.

En el Perú, el comportamiento tendencial de la malaria es el de una endemia con picos epidémicos periódicos en algunas áreas de la Amazonía y Costa norte. Tiene un patrón cíclico y estacional, y está aso-

<sup>4</sup> IPA: Incidencia Parasitaria Anual; IVA: Índice de P. Vivax Anual; IFA: Índice de Malaria por Falciparum Anual.

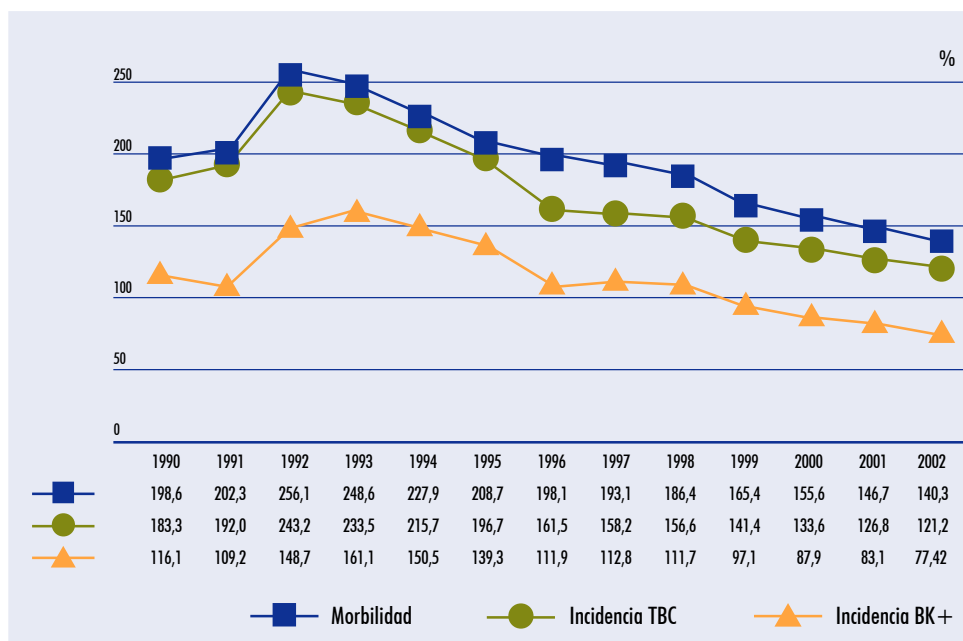
ciada geográfica y ecológicamente a zonas tropicales y desérticas irrigadas de la Costa norte, la Selva montañosa nororiental, la Selva central, la Selva sudoriental y la cuenca amazónica por debajo de los 2.500 metros sobre el nivel del mar. Las áreas endemo-epidémicas más activas en el 2001 fueron los departamentos de Loreto, Tumbes, Piura, San Martín, Junín y Ayacucho. En el año 2002, las más altas tasas de incidencia se registraron en Loreto, Ucayali y Tumbes, con 6.149, 1.053 y 1.046 por cada 100 mil habitantes, respectivamente. Así, se evidencia un desplazamiento geográfico de la incidencia de la enfermedad, que disminuyó en 22 Direcciones de Salud y se incrementó en las 11 restantes.

Un factor crítico que explica parte de la epidemiología de la malaria en el Perú es el fenómeno de resistencia del *Plasmodium falciparum* a las drogas anti-maláricas tanto en la Costa norte como en la Selva. Estos patrones obligan al uso de esquemas terapéuticos de segunda y tercera línea y a un estricto programa de vigilancia de esa resistencia para brindar una respuesta terapéutica adecuada a la población afectada.

### Tuberculosis

Si bien la tasa de morbilidad asociada a la tuberculosis disminuyó en más de 45% entre 1992 y el 2003, esta enfermedad mantiene características de severidad en el Perú. El país alberga al 5% de la población latinoamericana y sin embargo reporta el 25% de todos los casos registrados de tuberculosis (TBC) en la región de las Américas.

**Gráfico 32**  
**Morbilidad e incidencia de TBC**

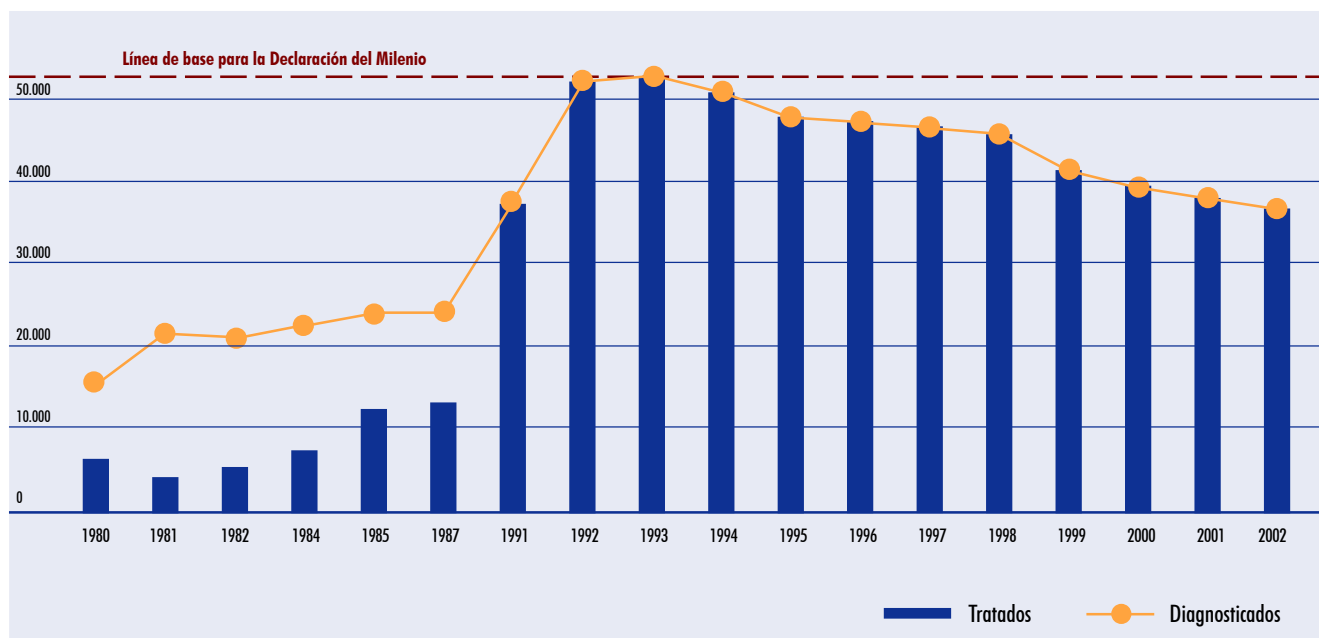


Fuente: MINSa- DGSP, DEAIS, ESN - TBC

A fines de la década de 1980, la TBC había llegado a una situación grave en el Perú, con altas tasas de incidencia y baja eficiencia técnica en las actividades de control. Solo el 50% de los casos diagnosticados accedía a un tratamiento antituberculoso gratuito. De éstos, solo la mitad se curaba y el resto abandonaba el tratamiento. A partir del segundo semestre de 1990, el Estado asumió el compromiso político y financiero de priorizar el control de la TBC, implementando rápidamente la estrategia DOTS (recomendada por la OMS) en todos los establecimientos de salud, garantizando el acceso al tratamiento gratuito y supervisado al 100% de casos diagnosticados.

Las tasas de morbilidad (todos los casos) e incidencia (casos nuevos) tuvieron su máxima expresión en el año 1992 y la de incidencia de TBC pulmonar BK (+) en 1993. Para 2003, la morbilidad se había reducido en 52,1% y la incidencia en 56,1%. Durante ese mismo año se diagnosticó y trató a 18.550 casos nuevos de TBC pulmonar BK (+), lo que se traduce en una tasa de incidencia de 68,8 x 100 mil habitantes. Esta ha significado una disminución del 57,5% en re-

**Gráfico 33**  
**Número de casos diagnosticados y tratados de tuberculosis, 1980 - 2002**



Fuente: MINSA- DGSP, DEAIS, ESN - TBC

lación a 1993 y de 11,6% en relación al 2002. Las Direcciones Regionales de Salud que registran las mayores tasas de morbilidad son las de Lima, Callao, Madre de Dios, Tacna e Ica.

La reducción del número de casos no es consistente debido a que desde el año 2001 ha disminuido la captación de sintomáticos respiratorios (SR) en 6% por año en promedio, lo cual expresa la pérdida de liderazgo del Programa de Control de la Tuberculosis y demoras administrativas en la adquisición de insumos.

La evaluación del resultado del tratamiento anti-tuberculoso para casos nuevos de TBC pulmonar con BK (+), a través del estudio de cohorte de los pacientes ingresados en el año 2002, a los que se les administró un esquema de tratamiento primario (2RHZE/4R<sub>2</sub>H<sub>2</sub>), muestra buenos resultados, con una eficiencia o tasa de éxito de 91,5%, mientras que la tasa de abandono es de 3%, fracasos 2,3%, fallecidos 2,3% y transferencias sin confirmar 0,9%. La resistencia múltiple a las drogas antituberculosas de los enfermos nuevos nunca antes tratados en el Perú es del orden del 3,1%,

según datos de 1999, cuya estimación siguió los protocolos recomendados por la OMS. Aunque es un tema controversial, hay indicios de que este fenómeno está aumentando en el país y que por lo tanto merecerá atención sanitaria.

La TBC es la primera causa de muerte en las personas infectadas por VIH, observándose niveles de eficacia del tratamiento de 98,2% para casos nuevos y 92,1% para los que presentan la co-infección VIH/TBC, la cual muestra mayor letalidad.

### CONTEXTO INSTITUCIONAL

La prevención y el control de enfermedades transmisibles están contemplados en las políticas de Estado, así como en las políticas sectoriales específicas del sector salud. La Constitución Política establece que todos los peruanos tienen derecho a la protección de su salud y que es el Estado el que determina la política nacional de salud y garantiza el libre acceso a las prestaciones de salud (Arts. 7, 9, 11).

La Decimotercera Política de Estado del Acuerdo Nacional está referida al Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social. Por medio de ésta, el Estado se compromete y asume la responsabilidad de asegurar las condiciones para un acceso universal a la salud en forma gratuita, continua, oportuna y de calidad, con prioridad en las zonas de concentración de pobreza y en las poblaciones más vulnerables. Para ello, se ha acordado:

- Potenciar la promoción de la salud y la prevención y control de enfermedades transmisibles y crónico degenerativas.
- Desarrollar un plan integral de control de las principales enfermedades emergentes y reemergentes, de acuerdo con las necesidades de cada región.

La Ley General de Salud (Ley N° 26842, 1997) establece que la autoridad de salud —el MINSA— es responsable de dirigir y normar las acciones destinadas a evitar la propagación y lograr el control y erradicación de las enfermedades transmisibles en todo el territorio nacional.

En los Lineamientos de Política del Sector Salud 2002-2012 se identifica como crítica la alta prevalencia de enfermedades transmisibles, por lo cual se considera la reducción de la morbimortalidad asociada como un objetivo estratégico. En tal sentido, el MINSA estableció en el 2004 la prevención y el control de enfermedades metaxénicas y otras transmitidas por vectores como una de sus Estrategias Nacionales (R.M. 771-2004/MINSA). Se ha conformado un Comité Técnico para articular dicha estrategia.

En el marco del proceso de descentralización, la Ley N° 27813 (2002) creó el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud —en el que participa la sociedad civil organizada, las fuerzas armadas y policiales, el MINSA, los servicios de salud privados, los gobiernos locales y la academia— con el fin de coordinar el proceso de aplicación de la política nacional de salud y promover su implementación concertada y descentralizada.

Las estrategias implementadas han buscado:

- Concentrar los recursos del MINSA y demás instituciones involucradas en las áreas que presentan mayores problemas de malaria.
- Conformar grupos de expertos multiprofesionales y pluri institucionales para la actualización de normas para el control integrado y selectivo.
- Incorporar a ONGs y organizaciones de base en el Mecanismo de Coordinación de País para elaborar planes de intervención.
- Coordinar con las asociaciones de regantes y con el Ministerio de Agricultura la validación y extensión de métodos alternativos de cultivo de arroz que reduzcan la densidad larvaria de los vectores y la vigilancia del uso de plagicidas que repercuten en el control de vectores de importancia en salud pública.

Asimismo, se ha fomentado el trabajo en equipo con las otras direcciones y organismos del MINSA —Oficina General de Epidemiología (OGE), Instituto Nacional de Salud (INS), Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA) y Dirección Nacional de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID)— relacionadas con la prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores. También se ha planteado la necesidad de un convenio entre el MINSA y el MINEDU que promueva conductas esperadas de prevención y control. Con el rediseño de la estrategia del tratamiento mediante una “terapia de combinación” de mayor efectividad, el Perú ha obtenido un éxito notable en el control de la enfermedad.

A nivel institucional, se ha desarrollado un trabajo colaborativo importante entre el Estado, los organismos multinacionales, las instituciones científicas, ONGs y grupos de personas afectadas. Dicho esfuerzo colectivo ha devenido en la consecución de recursos del Fondo Global de Lucha contra la Malaria, la Tuberculosis y el VIH/SIDA (detallados en la sección sobre VIH/SIDA) aprobado en el 2003. En el caso específico de la TBC, se han planteado metas cuantitativas que se busca alcanzar con la utilización de los recursos del Fondo Global, así como con proyectos de mejoramiento continuo de la calidad de la atención.

## DESAFÍOS

En el caso de la malaria, se ha identificado los siguientes factores críticos para el cumplimiento de la meta:

- Ampliación de la frontera agrícola y zonas de explotación sin medidas de protección.
- Escaso accionar intersectorial.
- Recursos presupuestales insuficientes, así como asignación y ejecución ineficientes e inoportunas.
- Alta rotación del personal.
- Integración aún inconclusa de los programas del MINSA en un modelo de atención integral.
- Formación inadecuada de recursos humanos.
- Debilidad de los servicios para la prevención y promoción de las enfermedades de transmisión vectorial.

En el caso de la TBC, los factores críticos son los siguientes:

- Voluntad política para considerar el control de la TBC como prioridad sanitaria.
- Coordinación interinstitucional entre el sector salud y otros vinculados al combate de la pobreza.
- Suministro oportuno de medicamentos y material de laboratorio.
- Aumento del presupuesto.
- Ampliación de la capacitación de los equipos técnicos, incluyendo investigación.
- Recuperación y sostenibilidad de la estrategia DOTS.
- Control de la TBC en áreas de elevado riesgo de transmisión.
- Vigilancia de la resistencia a fármacos antituberculosos en el Perú.

Por otro lado, para lograr la meta referida a la TBC debe recuperarse la eficiencia y eficacia de las intervenciones contra la enfermedad que tuvieron un desempeño ascendente hasta el año 2000. Según estimaciones de la OPS y la OMS, es necesario que el Perú prosiga con el éxito alcanzado en el control de la TBC durante 25 años más, al mismo ritmo sostenido de eficiencia y eficacia, para que deje de ser un problema de salud pública nacional. Ello requiere evidentemente un apoyo político claro al control de la TBC como política de Estado. Si la lucha contra la TBC es una prioridad sanitaria nacional, esto deberá expresarse en una asignación suficiente de recursos y un fortalecimiento administrativo. La inversión del MINSA en el anterior programa de control de TBC varió entre 16'850.053 en 1998 y 18'638.401 soles en el 2001, aunque no existe información para los años siguientes. Cumplir la meta del milenio propuesta implica un direccionamiento expreso de recursos para este fin. Es necesario concluir satisfactoriamente la reforma institucional en el MINSA que terminó con los programas verticales y empezó la implementación de un modelo de atención integral. Se espera que dicha reforma contribuya a detener la disminución de la detección de casos y fortalezca la identificación de SR y de baciloscopías de diagnóstico iniciada en el 2001. ■



7

OBJETIVO DE DESARROLLO DEL MILENIO



**Garantizar  
la sostenibilidad del  
medio ambiente**

## OBJETIVO DE DESARROLLO DEL MILENIO 7

# GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD DEL MEDIO AMBIENTE

### Meta 9

Incorporar los principios de desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales y revertir la degradación ambiental.



## SITUACIÓN ACTUAL

### Proporción de la superficie de tierra cubierta por bosques

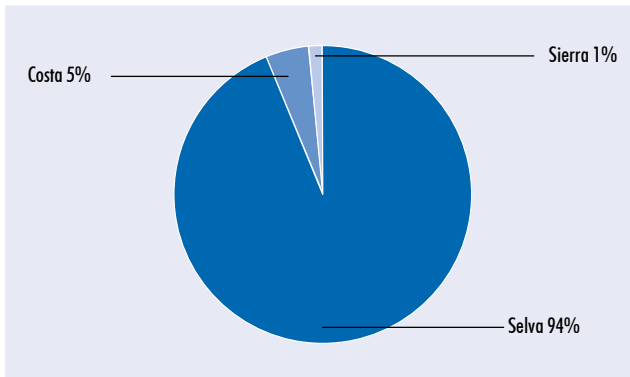
El Perú ocupa el segundo lugar (después de Brasil) en América Latina y el noveno a nivel mundial en cobertura forestal total. En 2000, el Perú poseía 78,8 millones de hectáreas de bosques naturales (60% de su territorio nacional), de las cuales 74,2 millones se ubicaban en la región Selva, 3,6 millones en la Costa y 1 millón en la Sierra.

La legislación sectorial vigente establece que las tierras aptas para producción forestal y protección se encuentran bajo la jurisdicción del sector forestal. Es decir, el 80,14% del total del territorio nacional tiene aptitud forestal según la clasificación de suelos por capacidad de uso mayor de la tierra. En contraste, solo 5,92% y 13,94% son tierras aptas para cultivos y para pastos y ganadería respectivamente<sup>1</sup>.

El indicador sobre superficie bajo cobertura forestal del ODM 7 no especifica un valor cuantitativo a ser alcanzado en el 2015. Tampoco hay metas relacionadas en las políticas nacionales, ni una línea de base que pueda ser utilizada como referencia en las intervenciones destinadas a revertir las tendencias en el cambio de la superficie forestal. Es necesario contar con sistemas de información y recolección de datos sobre superficie de bosques que permitan su renovación o actualización permanente. Su inexistencia impide realizar labores de comparación con márgenes de error confiables. Por otro lado, para mejorar la evaluación y el monitoreo, se debe fortalecer los sistemas de inventarios forestales nacionales, sincronizar las variables y el período de tiempo para permitir comparaciones de un período a otro, mejorar las evaluaciones de los recursos forestales nacionales y realizar un análisis periódico del manejo forestal, la salud del bosque y los procesos de certificación. En este sentido, el *Mapa Forestal del Perú* de 1995 y su correspondiente *Guía Expli-*

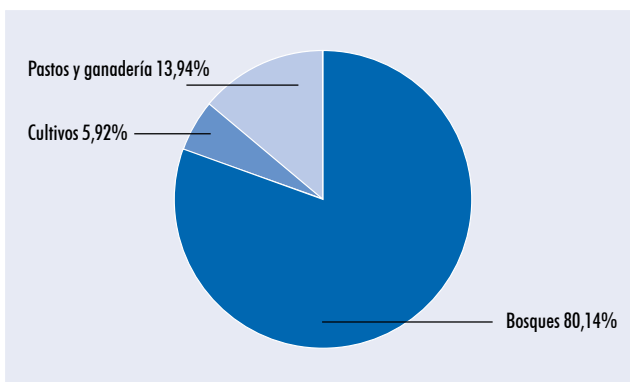
<sup>1</sup> Cf. *Estrategia Nacional Forestal*, 2000.

**Gráfico 34**  
**Localización de bosques**



Fuente: INRENA, 2000

**Gráfico 35**  
**Aptitud de tierras**



Fuente: Estrategia Nacional Forestal, 2000

*cativa* de 1996 constituyen un hito en la información forestal de la última década<sup>2</sup>.

Para medir el avance se plantea la utilización de dos indicadores complementarios: la tasa de deforestación anual y la superficie con bosques secundarios. Tomando la tasa de deforestación como punto de partida para examinar el progreso sobre este indicador, las estadísticas oficiales indican que más de 9,5 millones de hectáreas fueron deforestadas en las últimas cuatro décadas, siendo la tasa anual superior a 261 mil

hectáreas. De la superficie total deforestada al 2000, el 73% se encuentra en diferentes períodos sucesionales de formación boscosa conocidos como bosques secundarios o purmas, cuya dinámica no ha sido aún suficientemente investigada.

Se considera que la información sobre superficie de tierras cubiertas por bosques no es un indicador adecuado para medir la magnitud de la degradación de los recursos forestales<sup>3</sup>. Esto se debe a que el bosque tiene la capacidad de regenerarse —cambiando de bosque primario a secundario (purma)—, lo que reduce el efecto de la deforestación. Por lo tanto, se sugiere que la superficie con bosque secundario sea un indicador que complemente al de la tasa de deforestación anual.

Información oficial provista por INEI indica que entre 1985 y 1998, la superficie deforestada se incrementó de 5,6 millones a 9 millones de hectáreas (de 7,5% a 12% de la superficie total bajo cubierta forestal). Los departamentos de Cajamarca, San Martín, Huánuco y Junín reúnen más del 80% de la superficie deforestada de todo el país. A continuación se presentan algunos datos interesantes sobre la deforestación en las diversas regiones.

- Se estima que la agricultura migratoria es causante de aproximadamente el 80% de la deforestación en el Perú<sup>4</sup>.
- La agricultura de roce y quema es la causa principal de deforestación en la región amazónica.
- En la Costa, los bosques secos del noroeste (La Libertad, Lambayeque, Piura y Tumbes, principalmente) y los bosques de mangle en Tumbes están también amenazados por la deforestación. Ambos, afectados por la agricultura de roce y quema, son depredados por la extracción de madera para leña y parquet y degradados por el ganado caprino. Actualmente quedan solo alrededor de 3,2 millones de hectáreas de bosques secos en el noroeste y 4.550 hectáreas de manglares en Tumbes, incluyendo formaciones vegetales asociadas.

<sup>2</sup> El Mapa Forestal anterior databa de 1975.

<sup>3</sup> Si bien constituye un punto de partida, no proporciona información sobre el estatus de la regeneración, cambios en la densidad, composición de especies ni calidad de la vegetación.

<sup>4</sup> Yanggen, David (1999) *Agricultural Impact on Deforestation in the Peruvian Amazon. An Analysis of Policy Options to Promote Sustainable Alternatives in the Post Liberalization Era*, Lima, ICRAF-Perú.

- La deforestación en la Sierra ha alcanzado dimensiones desastrosas. Solamente queda menos de 100 mil hectáreas de bosques naturales nativos.

La Ley Forestal (2000) dio lugar a un nuevo arreglo institucional para el sector, pero su implementación aún no ha sido completada. En el nuevo contexto institucional, el Instituto Nacional de Recursos Naturales (INRENA), a través de la Intendencia Forestal y de Fauna Silvestre, obtuvo un rol central en el diseño y coordinación de la política forestal. Se creó el Fondo de Promoción del Desarrollo Forestal (FONDEBOSQUE) para financiar proyectos privados y maximizar el rendimiento en la transformación de productos forestales al estado natural. Sin embargo, aún no se ha establecido el Organismo Supervisor de los Recursos Forestales Maderables (OSINFOR) —adscrito a la PCM— cuyas funciones principales serán la supervisión y el control del cumplimiento de los contratos de concesión forestal a través de personas jurídicas especializadas. A fines del 2002 ya se había concesionado 3'130.671 hectáreas de bosques naturales en la Amazonía (Madre de Dios y Ucayali) a un total de 135 concesionarios<sup>5</sup>.

### Superficie del territorio bajo protección para conservar la diversidad biológica

El Perú es uno de los países más ricos del mundo en diversidad biológica y ha sido clasificado como uno de los 12 países “megadiversos” del planeta. En la última década, se han dado avances significativos en la consolidación del marco legal e institucional para la protección de la diversidad biológica en áreas naturales protegidas en el Perú, como la aprobación del Plan Director (1996), la Ley de Áreas Naturales Protegidas (1997) y su Reglamento (2001), la creación de Fondo Nacional para Áreas Naturales Protegidas por el Estado – PROFONANPE (1992). Sin duda, el Perú cuen-

ta con una legislación sobre áreas naturales protegidas (ANPs) muy completa y avanzada a nivel regional que incluye herramientas participativas e instrumentos de gestión orientados a la integración de las áreas con su entorno. Sin embargo, el establecimiento legal de ANPs no es condición suficiente para su gestión efectiva. Para ello deben utilizarse indicadores complementarios al indicador sobre superficie terrestre bajo protección<sup>6</sup>.

La Ley de Áreas Naturales Protegidas creó el Sistema Nacional de Áreas Naturales protegidas por el Estado (SINANPE), con el propósito de conservar la diversidad biológica y los valores culturales, escénicos y científicos asociados. La Ley asigna la administración del SINANPE al INRENA, adscrito al Ministerio de Agricultura. En su plan de gestión de las ANPs, INRENA reconoce la especial importancia de utilizar el conocimiento local de las poblaciones que viven dentro o cerca de las áreas del sistema y de proporcionarles suficientes conocimientos, destrezas y habilidades para participar en los procesos de planificación y toma de decisiones y para generar nuevas fuentes de ingresos.

El sistema creció a 56 áreas naturales protegidas en el 2003, y comprende cerca de 16,4 millones de hectáreas (12,74% del territorio nacional, en contraste con menos de 5% en 1982). A pesar de la ausencia de metas cuantitativas, se considera positivo recalcar que dicha proporción de la superficie bajo protección sobrepasa actualmente el valor de 10% fijado en la década de 1990 por las principales organizaciones internacionales de conservación. Sin embargo, es necesario desarrollar otros indicadores complementarios dado que el área bajo protección es simplemente un punto de referencia.

En 1990, de las 38 zonas prioritarias para la conservación de la diversidad biológica, solo 19 se encontraban cubiertas. A la fecha, únicamente 9 zonas prioritarias no están contempladas por el SINANPE, de las cuales 5 se encuentran en pleno proceso de establecimiento como Zonas Reservadas. En otras palabras,

<sup>5</sup> De acuerdo con la *Estrategia Nacional Forestal* de 2002, se espera concesionar 16 millones de hectáreas hasta diciembre del 2007.

<sup>6</sup> A modo de ejemplo, el Banco Mundial (2003), en un estudio titulado *Poverty Reduction Strategies and the Millennium Development Goal on Environmental Sustainability: Opportunities for Alignment*, recomienda los siguientes indicadores complementarios: (i) cambio en hábitat y especies; (ii) especies indicadoras o claves; (iii) área y número de especies invasoras; (iv) área natural protegida que apoya alternativas de sustento en poblaciones locales; (v) asignación de personal y presupuesto por área natural protegida; y (vi) caza y comercio ilegal de especies protegidas.

76% de las zonas identificadas como prioritarias para la conservación en 1990 ya han sido incorporadas en el SINANPE.

Los recursos financieros para la gestión de las ANPs provienen principalmente de las organizaciones internacionales de asistencia bilateral (59,5%), organizaciones no gubernamentales (17,6%), el mismo gobierno (12,5%) y los donantes multilaterales (10,4%). En el 2002, de las 54 áreas naturales protegidas que conformaban el SINANPE, 39 recibían poco o nada de financiamiento. Existe la percepción de que dichas áreas son incapaces de asegurar protección y conservación básicas, y mucho menos de ofrecer servicios al público o comprometer a las comunidades locales en las actividades de gestión. Sin embargo, debe reconocerse que el hecho de que existan es una protección ante amenazas formales (no ante las no formales), como proyectos de inversión en hidrocarburos o minería sin estándares adecuados, habilitación inadecuada de carreteras, etc. A pesar de sus debilidades, las ANPs brindan beneficios referidos, por ejemplo, a la conservación de cuencas y agua.

Los estimados presupuestales asociados a la transformación del SINANPE en un sistema que asegure la conservación y la protección efectivas de todas las ANPs y servicios a las comunidades locales durante un horizonte de planificación de 10 años, exceden significativamente los ingresos identificables actuales y futuros. En este contexto, el Perú es y seguirá siendo —en un futuro previsible— altamente dependiente del financiamiento internacional, gran parte del cual puede ser caracterizado como “inestable” (no garantiza) en términos de prioridades y niveles<sup>7</sup>.

**Cuadro 13**  
**Fuentes financieras del SINANPE, 2000**

Fuente	Monto (US\$)	% del total
<b>Fondos públicos *</b>		
Subtotal	782.217	12,5
<b>Fondos bilaterales</b>		
Holanda	1'818.018	29,1
Alemania (KfW) <sup>8</sup>	870.274	13,9
Finlandia	686.039	11,0
Alemania (GTZ)	322.123	5,2
EEUU (USAID)	10.307	0,2
Dinamarca	9.000	0,1
Subtotal	3'715.761	59,5
<b>Fondos multilaterales</b>		
GEF <sup>9</sup>	402.932	6,4
Unión Europea	163.104	2,6
ITTO <sup>10</sup>	53.293	0,9
Otros	29.501	0,5
Subtotal	648.830	10,4
<b>ONGs</b>		
WWF	954.501	15,3
CI <sup>11</sup>	107.054	1,7
Otros	38.878	0,6
Subtotal	1'100.433	17,6
<b>Totales</b>	<b>6'247.241</b>	<b>100,0</b>

\* Tesoro público y fuentes de ingreso autogenerado por el SINANPE  
Fuente: INRENA (DGNAP)

<sup>7</sup> Véase FAO/Banco Mundial (2002) *Peru: Financial Gap Analysis of Peru's National Protected Natural Area System (SINANPE)*, en el que se recomienda: (i) incrementar y diversificar las fuentes de financiamiento del SINANPE; (ii) conducir una revisión y evaluación de cada área natural protegida en términos del mandato y objetivos globales del SINANPE; (iii) evaluar la distribución existente y los niveles de recursos en mayor detalle y evaluar los costos de oportunidad en los que se está incurriendo en otras áreas naturales protegidas con déficit de financiamiento; y (iv) desarrollar una estrategia de financiamiento de largo plazo para el SINANPE. Según los funcionarios de la Intendencia de ANPs, esta estrategia se va a elaborar este año.

<sup>8</sup> KfW: Kreditanstalt für Wiederaufbau. GTZ: Agencia Alemana de Cooperación para el Desarrollo.

<sup>9</sup> Fondo Mundial para el Medio Ambiente.

<sup>10</sup> Organización Internacional de la Madera Tropical.

<sup>11</sup> Conservation International.

## Uso de energía por unidad del PBI

Este indicador proporciona una medida de la intensidad de la energía<sup>12</sup>. Diferencias temporales y espaciales en el ratio reflejan cambios estructurales en la economía y en la eficiencia energética de sectores particulares, así como diferencias en la combinación de distintos tipos de combustibles.

**Cuadro 14**  
**Valores cuantitativos**  
(TJ/10<sup>6</sup> dólares de 1994)

Año	Valor
1990	10,0
2000	8,3
2015	4-3,6 <sup>13</sup>

Fuente: Ministerio de Energía y Minas (MINEM)

La información muestra una tendencia decreciente de la utilización de energía por unidad del PBI durante la década de 1990. Se recomienda hacer un seguimiento de los factores principales (*drivers*) que afectan esta relación. El desarrollo de actividades económicas de servicios reducirá el uso de energía por unidad de PBI, mientras que el de actividades altamente intensas en el uso de energía, como por ejemplo la minería del oro, producirá el efecto contrario.

Los datos estadísticos son confiables y se encuentran disponibles parcialmente en Internet <www.minem.gob.pe> y en la Oficina Técnica de Energía. No se conocen metas cuantitativas; no se hace referencia a ellas en el Plan Referencial de Energía.

## Emisiones per cápita de dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>)

Para calcular el indicador de emisiones de dióxido de carbono per cápita se ha considerado aquellas que provienen del sector energético porque son las más cercanas a la metodología internacional (CDIAC – ORNL). Esta metodología no considera emisiones de los sectores denominados Cambio de Uso del Suelo, Uso del Suelo y Gestión Forestal. Los valores presentados en el siguiente cuadro no incluyen las emisiones por consumo de cemento (incluidas en la metodología internacional) debido a la imposibilidad de generar proyecciones al año 2015.

**Cuadro 15**  
**Valores cuantitativos**  
(en toneladas de CO<sub>2</sub> equivalentes per cápita)

Año	Valor
1990	0,88
2000	1,04
2015	1,44-1,75 <sup>14</sup>

Fuente: MINEM

La tendencia se explica por el desarrollo económico esperado. Los datos son confiables y se encuentran disponibles parcialmente en Internet <www.minem.gob.pe> y en la Oficina Técnica de Energía. No se conocen metas oficiales cuantitativas a ser logradas en fecha futura; el Plan Referencial de Energía no las menciona. Con el fin de mejorar el monitoreo y la evaluación de este indicador, se recomienda hacer un seguimiento de los factores principales que afectan esta relación.

<sup>12</sup> La intensidad de la energía es la inversa de la eficiencia energética.

<sup>13</sup> Existen dos escenarios generados por el modelo predictivo LEAP (*Long range energy alternative planning*) 2000 para el año 2015: 15986 TEP y 18496 TEP (23,900574 TJ = 1 TEP), que implican el crecimiento del PBI por habitante de 2,1 y 3,5% a., lo que resulta en los siguientes valores del PBI: US\$ 96.340 millones y US\$ 121.791 millones, respectivamente.

<sup>14</sup> Existen dos escenarios generados por el modelo LEAP 2000 para el año 2015: (a) 45754 y (b) 55804 (en miles de tn de CO<sub>2</sub> equivalentes en el año 2015).

## Sustancias agotadoras de la capa de ozono

Cualquier sustancia con clorinas o brominas tiene un impacto en la capa de ozono estratosférica que absorbe la mayor parte de la radiación ultravioleta biológicamente dañina<sup>15</sup>. El consumo de dichas sustancias se calcula por medio de la suma ponderada de los consumos de las sustancias individuales. Éstos son estimados en base a la multiplicación de las toneladas métricas de la sustancia individual consumida (definida en el Protocolo de Montreal) por su potencial destructor del ozono. Todas las cantidades presentadas en los cuadros han sido derivadas de datos presentados en toneladas métricas. Éstos fueron multiplicados por el potencial de destrucción de ozono respectivo y luego sumados para obtener los valores expresados en la unidad internacional de medida [potencial de destrucción de ozono (ODP)-tonelada (tn)].

Hay una tendencia a la disminución en el consumo de clorofluorcarbonos en el Perú, que se explica en gran medida por el eficiente trabajo desarrollado por la Oficina Técnica de Ozono del Ministerio de la Producción, la cual monitorea las metas cuantitativas establecidas por el Protocolo de Montreal. Se recomienda que dicha oficina ponga esta información al alcance del público con el fin de facilitar los procesos de seguimiento<sup>16</sup>.

## Porcentaje de la población que utiliza combustibles sólidos

La información sobre el porcentaje de población que utiliza combustibles tradicionales constituye un indicador dicente sobre la calidad de vida y la incidencia de la pobreza en el país. Dadas sus características de bajo costo y fácil acceso, los combustibles sólidos suelen ser utilizados por los sectores más pobres de la población.

**Cuadro 16**

### Emisiones de clorofluorcarbonos (CFCs) y halones (en ODP-tn)

Año	CFCs (11,12,113,114,115)	Halones (1211, 1301, 2402)
1990	801	57
2000	347	0
2015	0*	0*

**Cuadro 17**

### Emisiones de otros CFCs y CCl<sub>4</sub> (en ODP-tn)

Año	Otros CFCs	CCl <sub>4</sub>
1990 (1989)	0	53
2000	0	1
2015	0*	0*

**Cuadro 18**

### Emisiones de CH<sub>3</sub>-CCl<sub>3</sub> y HCFC (en ODP-tn)

Año	CH <sub>3</sub> -CCl <sub>3</sub>	HCFC
1990 (1989)	4	11
2000	0	9
2015	0*	Nivel base

**Cuadro 19**

### Emisiones de CH<sub>3</sub>-Br (en ODP-tn)

Año	CH <sub>3</sub> -Br
1990 (1991)	1
2000	29
2015	0*

\* De acuerdo con lo logrado a la fecha, es de esperarse que se cumplan las metas establecidas para el 2015. Solo para los hidroclorofluorcarbonos (HCFC) usados como material de reemplazo de los freones y otros halones no existen metas fijas, sino que dependerán del consumo en el año base (2015).

Fuente: Oficina Técnica de Ozono, Ministerio de la Producción

<sup>15</sup> Éstas pueden ser combinaciones de, entre otras, brominas (Br), clorofluorcarbonos (CFC), carbono triclorado (CCl<sub>3</sub>), carbono tetraclorado (CCl<sub>4</sub>), y metilo (CH<sub>3</sub>).

<sup>16</sup> Otra fuente de información confiable y disponible es la Superintendencia Nacional de Aduanas <[www.aduanet.gob.pe/](http://www.aduanet.gob.pe/)>.

El indicador consignado busca medir el porcentaje de la población que depende de la biomasa (leña, bosta y yareta, bagazo, carbón vegetal, etc.) y del carbón mineral como fuentes primarias de energía doméstica para cocinar y generar calor. ENNIV y ENAHO dan valores relativamente divergentes en lo referido al consumo de carbón y leña en el 2000: un rango de 0,8%-1% de los hogares consumían carbón y 32,1%-37,9% consumían leña. Se considera que el *Balance Nacional de Energía* y el *Estudio Integral de la Energía en el Perú*<sup>17</sup> contienen datos más sólidos y sostenibles en este aspecto.

Cuadro 20

**Consumo de leña, carbón, bosta y yareta**  
(en TJ)

Año	Leña	Bosta y yareta	Carbón Vegetal	Carbón mineral
1990	89.754	10.751	1.762	2.678
2000	68.541	10.692	2.354	15.948
2015 - I	47.428	6.130	779	8.674
2015 - II	49.393	7.251	626	9.510

La tendencia a la dependencia de combustibles sólidos es decreciente en el Perú, principalmente debido a dos factores:

- La creciente urbanización asociada a la disponibilidad de combustibles fósiles.
- La penetración del gas natural en las ciudades.

Sin embargo, algunos estudiosos nacionales proyectan tendencias crecientes al consumo cuantitativo de leña y carbón vegetal.

No existen metas cuantitativas oficiales para este indicador. Se recomienda coordinar con la Oficina Técnica de Energía y el INEI con el fin de validar mutuamente los estimados en estos rubros.

## Contaminación del agua

El deterioro de la calidad del agua es uno de los problemas más graves del país y un impedimento para lograr el uso eficiente del recurso. La contaminación compromete no solo la calidad sino también la cantidad del abastecimiento. Sus causas principales se encuentran en la contaminación industrial, la falta de tratamiento de las aguas servidas, el uso indiscriminado de agroquímicos y el deterioro de las cuencas.

La contaminación industrial más significativa proviene de la minería, la industria pesquera y el sector hidrocarburos, y afecta a las aguas continentales y marinas en sectores determinados:

- La contaminación minera representa un rubro importante y es resultado del vertimiento de los desechos o relaves mineros, portadores de metales contaminantes (cobre, zinc, cadmio, plomo, arsénico y otros) y de la minería aurífera por la contaminación de mercurio, especialmente en Madre de Dios.
- La industria pesquera origina contaminación marina grave en sectores definidos (Paita, Chimbote, Huarmey, Casma, Pisco-Paracas) por el vertimiento de aguas de cola, de bombeo y soda cáustica directamente al mar, que produce la alteración de las aguas y la mortandad de las especies. Este problema es especialmente grave en Chimbote (Bahía de Ferrol) y Paracas.
- La explotación de petróleo, especialmente en la Amazonía norte, es responsable de contaminación por los derrames esporádicos de petróleo y por el vertimiento de las aguas de formación cargadas de sales y ciertos compuestos metálicos.

La falta de tratamiento de las aguas servidas y su posterior vertimiento directo en las ciudades y pueblos, es una práctica común pues muy pocos centros poblados tienen plantas de tratamiento. Actualmente, las ciudades más grandes (Lima, Callao, Chimbote,

<sup>17</sup> Publicados en el sitio web del MINEM.

Huancayo, Cusco, Arequipa, Puno, Juliaca, Pucallpa e Iquitos, entre otras) están originando una grave contaminación de ambientes acuáticos (lago Titicaca, los ríos Urubamba, Mantaro y Santa). En el caso de la contaminación por agroquímicos y aguas subterráneas, no hay información suficiente que permita evaluar su impacto de manera sostenida.

El deterioro de las cuencas altas de los ríos es extremadamente grave en la Sierra y en la Selva alta, donde interactúan causas variadas como la deforestación y la destrucción de la cobertura vegetal, la erosión laminar y la contaminación urbana y minera. Estos procesos afectan la calidad del agua y la cantidad del recurso y tienen impactos nefastos en la vida de las personas:

- Comprometen la producción agrícola debido al deterioro de los suelos por contaminación. Por ejemplo, en el valle del Mantaro las aguas de riego provenientes del río Mantaro afectan la producción agrícola por la concentración de elementos tóxicos provenientes de La Oroya y otras zonas mineras.
- Afectan la producción ganadera, porque las aguas contaminadas tienen un impacto sobre la salud del ganado.
- Afectan la salud de las personas, lo que complica la situación de los más pobres, que no cuentan con los medios para defenderse de estas situaciones.

### Contaminación del aire

Los problemas de contaminación del aire están concentrados en las grandes ciudades, principalmente en Lima-Callao y en lugares con industrias contaminantes, sobre todo mineras y pesqueras. La causa principal de contaminación en las ciudades se encuentra en el rápido crecimiento del parque automotor —por el alto contenido de plomo de la gasolina de menor costo— constituido en gran parte por vehículos antiguos y sin una regulación adecuada. La industria también constituye una importante fuente de contaminación del aire. Ejemplo de ello es la contaminación generada por las refinerías de Ilo y La Oroya y por las industrias de transformación de pescado (harina y aceite) en Chimbote y Paracas. Con excepción del Centro Histórico de Lima,

en el Perú no se hace seguimiento de la calidad del aire y no se toman medidas para implementar un sistema de monitoreo para orientar regulaciones correctivas. La contaminación del aire:

- Afecta la salud de las personas, en especial de los niños y de los habitantes de barrios marginales (enfermedades bronquiales, alergias y desórdenes digestivos).
- En algunas zonas, afecta directamente las actividades agropecuarias, como sucede en el valle del río Tambo y en Moquegua por la lluvia ácida originada por la refinería de Ilo, y en los alrededores de Oroya por la destrucción de los pastos por los humos de la refinería. Esta situación disminuye la producción agrícola y pecuaria, y afecta directamente a los pobladores rurales.

### CONTEXTO INSTITUCIONAL

El Perú ha firmado y ratificado casi todos los tratados y convenios internacionales referidos al uso sostenible de los recursos naturales y a mitigar los impactos negativos sobre el ambiente. El desarrollo sostenible es una prioridad nacional. La Constitución Política (1993) postula el uso sostenible y la conservación de los recursos naturales, y hasta especifica la obligación del Estado de conservar la diversidad biológica y las áreas naturales protegidas. Por otro lado, la Decimonovena Política de Estado del Acuerdo Nacional, referida al Desarrollo Sostenible y la Gestión Ambiental, consigna los siguientes compromisos:

- “Integrar la política nacional ambiental con las políticas económicas, sociales, culturales y de ordenamiento territorial, para contribuir a superar la pobreza y lograr el desarrollo sostenible del Perú”.
- “Institucionalizar la gestión ambiental, pública y privada, para proteger la diversidad biológica, facilitar el aprovechamiento sostenible de los recursos naturales, asegurar la protección ambiental y promover centros poblados y ciudades sostenibles, lo cual ayudará a mejorar la calidad de vida, especialmente de la población más vulnerable del país”.

El Acuerdo Nacional propone una serie de mecanismos para implementarlos, entre los que se encuentra el fortalecimiento institucional; la participación ciudadana en la gestión y procesos de vigilancia; la promoción del ordenamiento territorial de los recursos; la incorporación de temas de gestión ambiental y manejo de recursos naturales en las cuentas nacionales; y el estímulo de la inversión ambiental y la transferencia de tecnología en áreas relacionadas con el uso de recursos naturales. Se da importancia a la educación ciudadana en el tema ambiental y a la inclusión de especificidades culturales-étnicas en los planes de gestión. Asimismo, consigna el compromiso de formular estrategias que vinculen el tema ambiental con el comercio.

Además de la incorporación del desarrollo sostenible en las prioridades del Estado peruano —en el que se toma en cuenta la seguridad alimentaria y el desarrollo agrario y rural—, en la última década el gobierno del Perú ha hecho esfuerzos encomiables para afrontar los problemas ambientales, crecientes y cada vez más diversos, por medio de las siguientes políticas específicas:

- Creación en 1994 de un organismo nacional ambiental de coordinación y consulta —el Consejo Nacional del Ambiente (CONAM)— adscrito a la Presidencia del Consejo de Ministros.
- Establecimiento de un marco normativo e institucional para armonizar la legislación ambiental y las responsabilidades institucionales sectoriales.
- Desarrollo de piezas de legislación ambiental sectorial e intersectorial.
- Establecimiento de instrumentos sectoriales de prevención y control, tales como evaluaciones de impacto ambiental, programas de adecuación medio ambiental y evaluaciones ambientales territoriales.
- Establecimiento de un Sistema de Áreas Naturales Protegidas y un fondo fiduciario para su financiamiento (PROFONANPE).
- Establecimiento de estándares de calidad ambiental y límites máximos permisibles.

Reconociendo la importancia del progreso alcanzado a la fecha, se considera conveniente que los esfuerzos futuros estén dirigidos a lograr:

- Mayor cumplimiento de la legislación ambiental existente.
- Operativización de los arreglos institucionales en el sector forestal.
- Aprobación de la nueva Ley de Aguas.
- Mejoramiento del diseño y la implementación de los instrumentos de política para la gestión ambiental eficaz y costo-efectiva.

## DESAFÍOS

A pesar de la riqueza y potencialidades que representa el recurso ambiental, el país afronta retos múltiples en este campo. Los problemas ambientales más significativos son:

- Contaminación del agua.
- Contaminación del aire.
- Inadecuada disposición de desechos sólidos.
- Deforestación.
- Erosión de suelos.
- Sobrepesca.
- Pérdida de biodiversidad.

Estos problemas responden a factores relacionados con la falta de conciencia ambiental, la migración del campo a la ciudad y de zonas rurales de Sierra a zonas rurales de Selva en un contexto de pobreza y escasez de tierras, y las consecuencias de programas de desarrollo que no necesariamente toman en cuenta la sostenibilidad ambiental (por ejemplo, titulación de tierras, promoción de inversión extranjera, entre otros)<sup>18</sup>.

En el ámbito de la sostenibilidad ambiental, el Perú también enfrenta múltiples desafíos en las áreas de política (diseño e implementación), recursos (humanos y financieros) y desarrollo de un marco institucional conducente al cumplimiento de esta meta. Para poder hacerles frente, el tema ambiental debe ser institucionalizado e internalizado como una prioridad nacional, estatal y gubernamental.

### Generación, gestión y difusión de mejor información ambiental

La mayoría de los indicadores consignados en la Meta 9 no contempla valores cuantitativos a ser alcanzados en el 2015. Probablemente esto haya llevado a que el país tome la decisión de no fijarlos basándose en las tendencias nacionales. Sin embargo, es necesario generar dichos valores para poder establecer sistemas de evaluación y monitoreo confiables y sostenibles.

### Promover y crear mayor conciencia ambiental en los diversos sectores de la sociedad

Es necesario fomentar una mayor conciencia pública entre aquellos que toman las decisiones y entre el público en general, a fin de promover un cambio importante en las políticas públicas hacia el medio ambiente. Dada la falta de presión pública, existen muy pocas probabilidades de que el gobierno otorgue al sector ambiental la prioridad y los correspondientes recursos que se merece.

<sup>18</sup> Banco Mundial (2000) *Perú: Aspectos ambientales y opciones estratégicas*.

### **Desarrollo de instituciones competentes y fortalecimiento institucional.**

Existe la necesidad de construir y consolidar una autoridad nacional ambiental sólida, competente y con total independencia y autonomía, así como de desarrollar e institucionalizar la capacidad para analizar las implicancias ambientales de las políticas macroeconómicas y sectoriales dentro del proceso de su formulación. Esto es clave para crear la capacidad de discernir los nexos entre, por ejemplo, gestión ambiental y alivio de la pobreza. La construcción de instituciones capaces significa, sobre todo, apoyar el fortalecimiento de la institucionalidad ambiental a nivel local y regional en el nuevo escenario de la descentralización y regionalización. En este sentido, se recomienda que en la operacionalización del marco legal e institucional ambiental a nivel local y regional (por ejemplo, gestión de desechos sólidos, concesiones de ecoturismo, aprovechamiento de recursos naturales renovables y gestión de áreas naturales protegidas nacionales, regionales y municipales) se estimule la participación del sector privado y la sociedad civil organizada en la gestión ambiental.

### **Enfoque de gestión basado en resultados**

En un contexto de crecientes restricciones en recursos humanos y financieros, se considera necesaria la implementación de políticas ambientales sobre la base de un enfoque basado en logro de resultados y no en la generación de insumos y productos.

### **Gasto ambiental**

El Código del Medio Ambiente y los Recursos Naturales de 1990, actualmente en revisión, no proporcionó un mecanismo financiero para la gestión ambiental sostenible. Los principales organismos públicos en materia ambiental son dependientes de los recursos estatales; su financiamiento, inferior al requerido, ha decrecido en términos reales en los últimos años. Un estudio preliminar recientemente realizado a solicitud de CEPAL señala que el gasto mínimo en medio ambiente ejecutado por los tres niveles del gobierno peruano (central, regional, local) es cercano a los US\$ 150 millones anuales. De éstos, US\$ 80 millones corresponden a gastos operativos y el resto a gastos de inversión.

Una estimación todavía preliminar, que incluye el gasto privado en instrumentos de evaluación de impacto ambiental y de adecuación y gestión ambiental, permite observar que el total de ejecución del gasto en medio ambiente es cercano a los US\$ 370 millones —lo cual equivale al 0,61% del PBI y a US\$ 13 por habitante. Es importante señalar que a nivel agregado —gobiernos central, regional y local— hay una marcada disminución de la inversión en medio ambiente de 0,20% del PBI en 1999 a 0,11% del PBI en 2002 y 2003; en contraste, el gasto ambiental en operaciones se mantuvo en 0,14% del PBI en el mismo período.

De acuerdo con el estudio preliminar sobre gasto ambiental encomendado por CEPAL, el presupuesto ambiental agregado de 2002 fue ejecutado de la siguiente manera:

**Cuadro 21**  
**Presupuesto del Gobierno Central para la gestión ambiental y de recursos naturales**  
 (millones de soles corrientes, 1999)

Instituciones	Presupuesto
CONAM	2,50
Ministerio de Agricultura - Proyecto Manejo de Recursos Naturales en la Sierra Sur	0,80
Ministerio de Agricultura - PRONAMACHS <sup>19</sup>	61,88
Ministerio de Agricultura - INRENA	7,00
Ministerio de Energía y Minas - DGAA	1,50
Ministerio de Salud - DIGESA	
Control, monitoreo y vigilancia ambiental	5,10
Control de calidad del agua en sistemas de suministro de agua	3,46
Ministerio de Industria - Dirección de Asuntos Normativos	0,13
Ministerio de Transportes y Comunicaciones	4,07
Ministerio de Pesquería	1,60
<b>Total</b>	<b>88,04</b>
% del Presupuesto del Gobierno Central	0,29%
% del PBI	0,15%

Fuente: Ministerios de Gobierno; elaboración: PNUD.

- Gestión de residuos: 54,49% (en su mayoría ejecutado por gobiernos locales).
- Protección de la biodiversidad y el paisaje: 15,51% (principalmente ejecutado por el Gobierno Central).
- Gestión de las aguas residuales: 13,34%.
- Protección de los suelos y las aguas subterráneas: 12,95%.
- Protección del aire y el clima: 0,72%.
- Investigación y desarrollo: 0,28%.
- Otros: 2,71%.

El informe de CEPAL no incluye datos sobre el monto gastado en medio ambiente por las ONGs dedicadas a la gestión ambiental y de los recursos naturales. Un aspecto fundamental que es necesario mencionar es que la información presentada no permite estimar cuánto se ha invertido en construcción de capacidades a nivel de las instituciones y sus respectivos cuadros técnicos responsables por la gestión ambiental en el Perú. ■

<sup>19</sup> Resalta el monto asignado al Programa Nacional de Manejo de Aguas y Cuencas Hidrográficas (PRONAMACHS) del Ministerio de Agricultura debido a un préstamo del Banco Mundial para actividades de reforestación y conservación de suelos en zonas andinas.



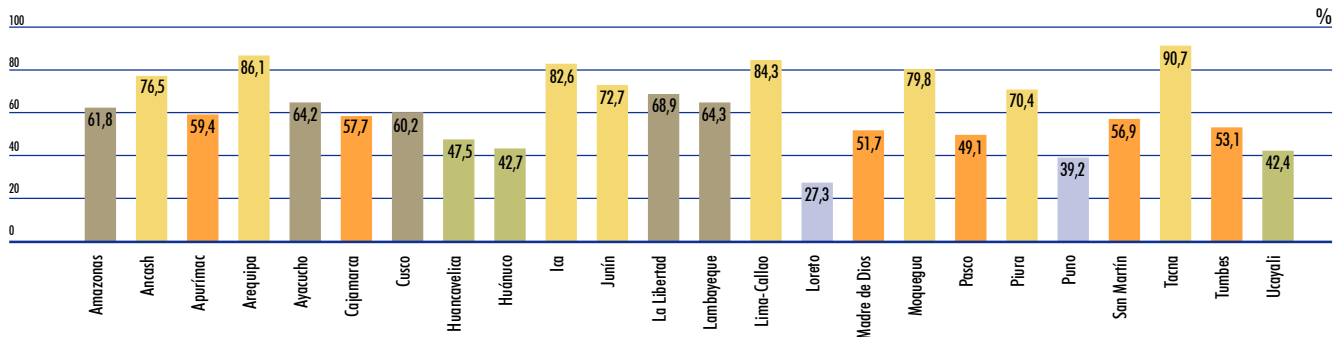
**Mapa 8**  
**Porcentaje de la población con acceso a mejores fuentes de abastecimiento de agua, 2002**

- menos de 40%
- entre 40% y 50%
- entre 50% y 60%
- entre 60% y 70%
- más de 70%

Promedio nacional = 69,01%  
 Promedio urbano = 83,47%  
 Promedio rural = 35,86%  
 (cobertura selva rural = 18,39%)

Fuente: INEI, ENAHO 2002 - IV trimestre

**Gráfico 36**  
**Porcentaje de la población con acceso a mejores fuentes de abastecimiento de agua, 2002**



**Meta 10**

**Reducir a la mitad, al año 2015, el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento.**

**Cuadro 22****Cobertura de servicios de agua potable y saneamiento**

	1990	2001	Meta al 2015
Agua potable	63%	75%	88%
Servicios básicos de saneamiento	54%	56%	78%

Fuente: OPS/OMS; VMCS

El acceso a fuentes mejoradas de agua y servicios básicos de 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.

**SITUACIÓN ACTUAL**

En 1990, el 63% de la población tenía acceso sostenible a agua potable y 54% a servicios básicos de saneamiento (OPS 1991)<sup>20</sup>. En el Plan Estratégico del Sub-

sector Saneamiento 2002-2011, el Viceministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento (VMCS) señala que la cobertura del acceso a los servicios de abastecimiento de agua potable se incrementó a 75% en el 2000, mientras que la cobertura del acceso a los servicios de saneamiento solo llegó a 56% en el mismo año<sup>21</sup>.

Al revisar la información desagregada se revelan grandes disparidades entre las zonas urbanas y las rurales. De esta manera, se tiene que el déficit de acceso al agua potable es de 38% en las zonas rurales y solo de 18% en las urbanas (con más de 2000 habitantes). Por otro lado, el déficit relacionado con el acceso a servicios de saneamiento es de 70% en las zonas rura-

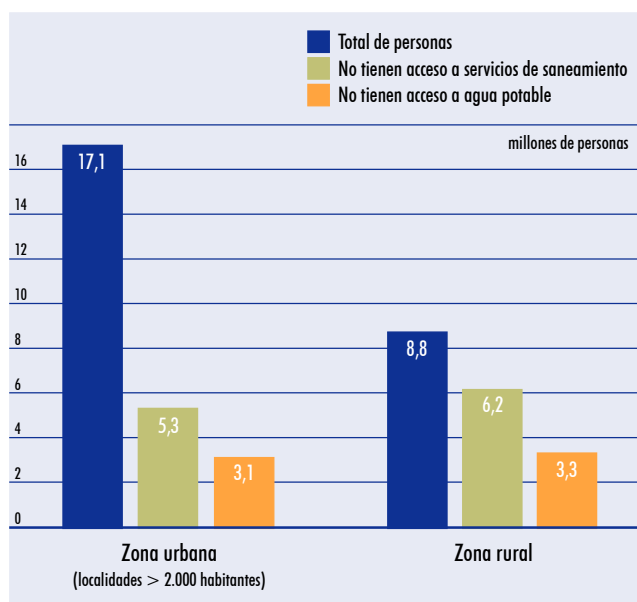
<sup>20</sup> Las diversas fuentes de estadísticas presentan diferencias significativas en los datos reportados sobre la cobertura de los servicios de abastecimiento de agua y saneamiento en 1990. Mientras que la OPS presenta datos de cobertura de 63% para agua potable y 54% para saneamiento —basados en la evaluación del Decenio Internacional del Abastecimiento de Agua Potable y Saneamiento (1981-1990)—, los datos del INEI son 81% y 68%, respectivamente. Los planes estratégicos del VMCS toman como referencia la información de la OPS, porque considera datos detallados del desactivado Servicio Nacional de Abastecimiento de Agua Potable y Alcantarillado (SENAPA) para el área urbana y del Ministerio de Salud para el área rural. Para efectos del presente informe, también se toma como referencia la información reportada por la OPS para 1990.

<sup>21</sup> La evaluación global de los servicios de abastecimiento de agua y saneamiento, llevada a cabo en el 2000 —en la que participaron representantes de distintas instituciones de gobierno, ONGs y la cooperación internacional— revela progresos significativos en 1998, cuando se alcanzó cober-

les y 31% en las áreas urbanas. En el ámbito rural, las mayores carencias ocurren en las localidades con menos de 500 habitantes.

Los departamentos con mayor déficit de cobertura de los servicios de abastecimiento de agua son Loreto, Puno, Ucayali, Huánuco, Huancavelica y Pasco, ubicados en la Selva y Sierra del país, donde está asentada población mayormente rural en situación de pobreza y pobreza extrema. En cuanto a saneamiento, Huancavelica, Pasco, Apurímac, Ucayali y Cajamarca muestran los índices de cobertura más bajos.

**Gráfico 37**  
**Acceso al agua y a los servicios de saneamiento, 2000**



Fuente: para datos 1996-2000, PROCETSS-MINSA; para 2002, datos de OGE-MINSA

El panorama de la cobertura del acceso al abastecimiento de agua y saneamiento es mucho más crítico en las 1.450 comunidades indígenas nativas de la Selva. Allí, solo 12% de la población indígena nativa cuenta con alguna forma de abastecimiento de agua y 10% con acceso a servicios de saneamiento.



turas de 75% en abastecimiento de agua y 73% en saneamiento. En lo que respecta a saneamiento, la diferencia entre lo reportado por dicha evaluación y el VMCS radica principalmente en la disponibilidad de información sobre la cobertura real de este tipo de servicios. La evaluación reportó para el ámbito rural información suministrada principalmente por FONCODES, que consideró la totalidad de hogares que potencialmente podrían conectarse a los sistemas de saneamiento construidos; se había estimado que solo el 5% de los hogares rurales utilizaban los 1.400 sistemas de alcantarillado construidos. Se considera que la información suministrada por el VMCS —elaborada en base a la información obtenida en el ámbito urbano por la Superintendencia Nacional de Servicios de Saneamiento (SUNASS) y las Empresas Prestadoras de Servicios de Saneamiento (EPS) y a los datos sistematizados por la Dirección General de Salud Ambiental del Ministerio de Salud— refleja mucho mejor la situación actual del cumplimiento de metas.

## CONTEXTO INSTITUCIONAL

El marco institucional referido a los servicios básicos de agua potable y saneamiento está compuesto por una multiplicidad de entidades con funciones entrecruzadas. El ente rector de la política de saneamiento es el VCMS. La SUNASS es la entidad reguladora de los servicios prestados por las EPSs. Además del Gobierno Central y sus entidades adscritas, los gobiernos regionales, locales y el sector privado como prestador del servicio, el sector también está compuesto por actores de la sociedad civil organizada y las agencias de la cooperación internacional.

En términos normativos, el sector está regido por la Ley General de Servicios de Saneamiento, que está

siendo revisada actualmente por una comisión técnica con el objetivo de adecuarla al proceso de descentralización en marcha y a la legislación relacionada con el mismo. Recientemente, el VMCS elaboró una versión preliminar del Plan Estratégico 2002-2011 —la versión final aun no ha sido aprobada— como marco directriz para el desarrollo coherente e integrado del sector. Sus objetivos son ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios de agua potable, alcantarillado, tratamiento de aguas residuales y disposición de excretas. Para ello, se propone modernizar la gestión del sector, asegurar la sostenibilidad de los servicios, incrementar el acceso y mejorar la calidad de los mismos, y diseñar fórmulas para garantizar la solvencia de las EPSs.

**Cuadro 23**  
**Marco institucional de los servicios de agua y saneamiento**

	VMCS	MINSA <sup>22</sup>	CONAM <sup>23</sup>	MEF <sup>24</sup>	MIMDES	SUNASS	GR <sup>25</sup>	GL <sup>26</sup>	EPS	JASS <sup>27</sup>	SP	ONGs	ACI
Planificación sectorial	■	□■	□▲	□■	▲		▲	▲	□▲				
Normatividad	■	□		□		□			□▲				
Regulación						□■							
Financiamiento	▲				▲		▲	▲	▲		▲	▲	▲
Ejecución									▲		■	▲	
Fiscalización y sanción		□▲				■							
Supervisión	■	□			□	□	□▲	□▲					
Vigilancia		□											
Operación y mantenimiento									■	■	■		
Capacitación	▲	▲				▲					▲	▲	▲
Asesoría	▲	▲				▲					▲	■	■

<sup>22</sup> El MINSA es responsable de ejercer la vigilancia de la calidad del agua de consumo.

<sup>23</sup> El MINAGRO otorga los derechos de uso del recurso hídrico.

<sup>24</sup> El MEF regula la actividad financiera de las empresas del estado.

<sup>25</sup> Gobiernos regionales.

<sup>26</sup> Gobiernos locales. Las municipalidades provinciales son responsables de la prestación de los servicios de saneamiento en el ámbito de su jurisdicción, a excepción de los servicios de Lima Metropolitana y el Callao, que están a cargo de SEDAPAL. Las municipalidades otorgan el derecho de gestión de estos servicios a las EPS.

<sup>27</sup> En el ámbito rural (localidades con menos de 2.000 habitantes), la gestión de los servicios (administración, operación y mantenimiento) es realizada por acción comunal mediante la organización de Juntas Administradoras de Servicios de Saneamiento (JASS).

## DESAFÍOS

### Inversión en agua potable y saneamiento

En la década de 1990, la inversión en servicios de agua potable y saneamiento fue equivalente a aproximadamente US\$ 2.440 millones. De este monto, 22% fue financiado por el sector privado y las ONGs y el resto por el sector público (29% por el Gobierno Central, 26% por SEDAPAL y 23% por el Fondo Nacional de la Vivienda). La mayoría de las inversiones (83%) fueron realizadas en el ámbito urbano.

En muchos casos, las inversiones se ejecutaron sin criterios técnicos, sociales ni económicos, lo cual se refleja en:

- Baja cobertura de los servicios en detrimento de las poblaciones excluidas.
- Mala calidad de los servicios, que pone en riesgo la salud de la población.
- Baja sostenibilidad de los sistemas construidos en el ámbito rural.
- Crítica situación financiera de la mayoría de EPSs.

El Plan Estratégico 2002-2011 —en proceso de consulta— busca alcanzar una cobertura del abastecimiento de agua de 90% y de saneamiento de 75%. Para ello propone invertir una suma similar (US\$ 2.400 millones) a la invertida en la década anterior. Casi el 50% de la inversión proyectada corresponde a fuentes de financiamiento externas.

### Atención a poblaciones rurales y urbano-marginales

Las zonas rurales y las urbano-marginales carecen de servicios públicos adecuados de agua potable y saneamiento en proporciones alarmantes. La necesidad de ampliar el acceso en estas áreas resulta un gran desafío debido a que las entidades públicas y privadas encargadas de la gestión de los servicios no tienen la infraestructura ni los recursos necesarios. En este contexto, es recomendable recurrir a opciones tecnológicas distintas a las convencionales. En el caso de Lima Metropolitana, ejemplos de mecanismos alternativos son la utilización de piletas públicas, el abastecimiento de agua con camiones cisternas, la utilización de letrinas y el abastecimiento de agua y alcantarillado condominial, entre otros.

En el ámbito rural, es especialmente importante lograr que la cobertura de los servicios sea sostenible. Con este propósito, se considera necesario:

- Promover soluciones adecuadas a la capacidad de pago y el contexto sociocultural específico.
- Fomentar y asegurar la participación comunal y municipal en la construcción y gestión de los servicios.
- Estimular la participación de los gobiernos locales provinciales y distritales en la supervisión del acceso y calidad de los servicios.
- Propiciar que la inversión en comunidades rurales medianas y pequeñas sea subsidiada parcialmente por los gobiernos central y regional.
- Impulsar e implementar actividades continuas de capacitación sanitaria. ■

**Meta 11**

**Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de los habitantes de asentamientos humanos y tugurios.**

**Cuadro 24****Déficit de viviendas urbanas**

	1993	2000
Cuantitativo	335.262	364.475
Cualitativo	677.387	887.503

Fuente: VMCS

En el Perú, el concepto de tugurio está asociado a las viviendas precarias de los centros históricos. Sin embargo, la precariedad de las viviendas se extiende a los asentamientos de la periferia de la mayoría de ciudades. Por esta razón, se ha decidido complementar el tugurio con el asentamiento humano en la discusión de esta meta: la combinación de ambos permite estimar la población que vive en barrios bajos o *slums*<sup>1</sup>.

Los tugurios son viviendas de alta precariedad y alta densidad habitacional, con características de hacinamiento y graves problemas de iluminación natural, asoleamiento y ventilación. Usualmente se ubican en las áreas antiguas de las ciudades más importantes. El acceso a estas viviendas se da principalmente por medio del alquiler y la ocupación precaria de inmuebles en estado ruinoso.

Los asentamientos humanos tienden a ubicarse en la periferia sobre lotes distribuidos sin habilitación urbana ni aprobación municipal, cuya ocupación por vi-

vendas autoconstruidas al margen de disposiciones técnicas no cuenta con asistencia alguna o control urbano por parte de la municipalidad. El acceso responde mayoritariamente a la invasión o negociación informal del terreno.

Los tugurios y los asentamientos humanos son compañeros en la marginalidad social. Sus pobladores se desenvuelven en un sistema “legal” paralelo —por las características peculiares de su acceso a la propiedad—, ignoran las normas de urbanización y edificación, no tienen acceso al mercado financiero formal y no reconocen a la vivienda como un bien.

El Perú está ubicado en una zona sísmica, proclive a variaciones climáticas. En este contexto, la carencia de viviendas dignas de un porcentaje elevado de la población pobre urbana y rural aumenta no solo la vulnerabilidad de estos grupos sino la del país mismo, ejerciendo efectos negativos sobre las posibilidades de alcanzar un desarrollo sostenible.

<sup>1</sup> ONU - HÁBITAT define la familia de un asentamiento humano precario como un grupo de individuos que vive bajo el mismo techo y que no tiene una o más de las siguientes condiciones: seguridad de tenencia, calidad estructural y durabilidad de la morada, acceso a agua segura y a facilidades sanitarias, y suficiente área para vivir.

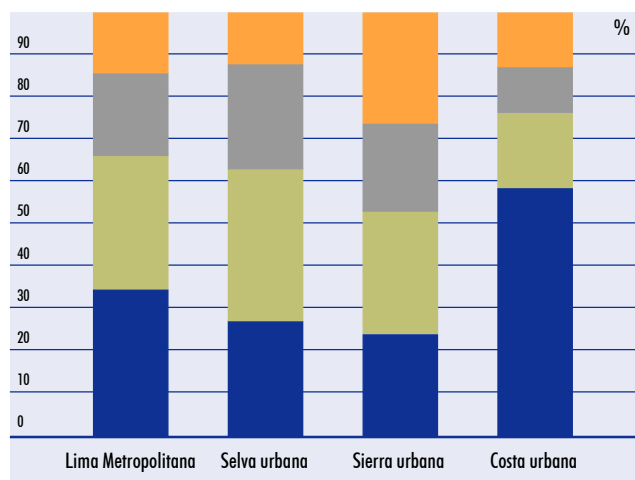
## SITUACIÓN ACTUAL

Entre 1993 y el 2002, la tasa de crecimiento anual del número de hogares y viviendas en el país se mantuvo constante en 1,40%, mientras que la tasa de crecimiento poblacional se redujo paulatinamente de 1,80% a 1,50%. Partiendo de una situación de déficit cuantitativo de viviendas en 1993, se tiene que éste se ha mantenido a pesar de la reducción de la tasa de crecimiento poblacional. Así, se estima que en 1993 faltaban 335.262 viviendas —partiendo del supuesto de una vivienda por hogar—, mientras que en el 2002 dicho déficit ascendía a 373.265.

Muchas viviendas en el Perú carecen de las características físicas adecuadas. Las carencias suelen clasificarse en tenencia no segura, baja calidad de la vivienda, falta de acceso a agua potable, falta de acceso a servicios de saneamiento y área insuficiente para vivir. En términos generales, 958.723 viviendas presentaron una o más carencias en el 2002. Como proporción del total de viviendas, el déficit cualitativo se incrementó sostenidamente en 10 años, pasando de 15,30% en 1993 a 19,08% en el 2002.

En resumen, en el 2002 hacían falta 373.265 viviendas nuevas. Además, casi un millón de las viviendas existentes debían ser sustituidas, ampliadas, remodeladas o rehabilitadas. De esta manera, se tiene que

**Gráfico 39**  
**Carencias de viviendas urbanas, 2001**



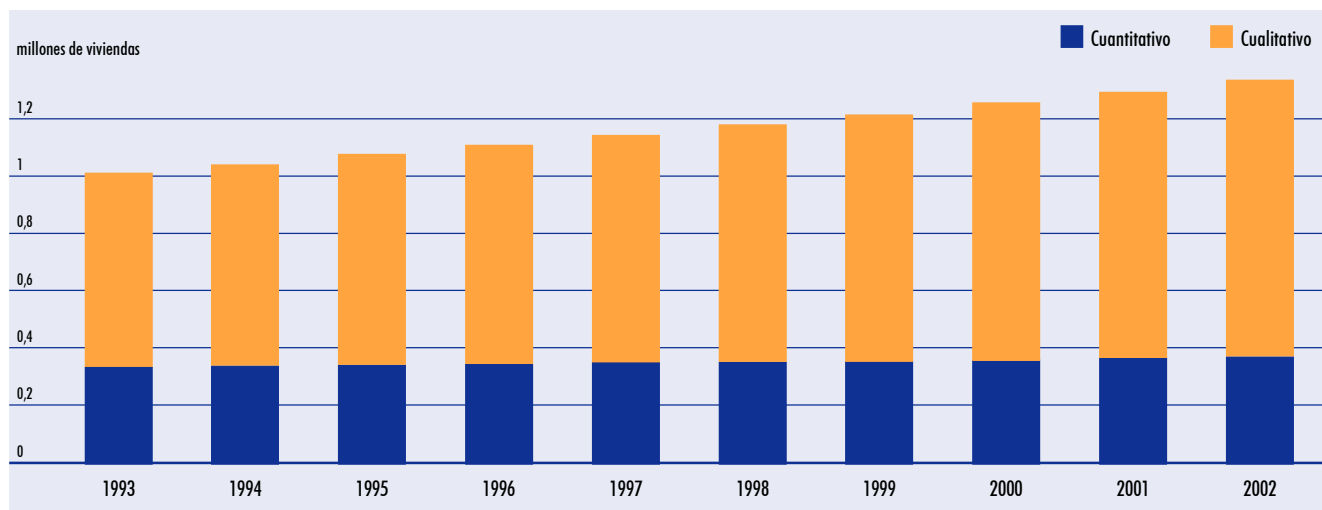
Fuente: INEI



las intervenciones dirigidas a mejorar las viviendas ya existentes son tan importantes como los programas de creación de viviendas nuevas.

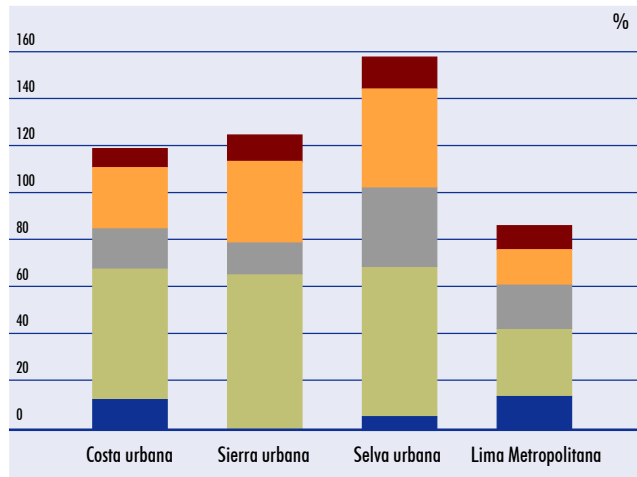
El examen desagregado de la información muestra que la mayor proporción de viviendas seguras se halla en Lima Metropolitana, mientras que la Selva ur-

**Gráfico 38**  
**Déficit de vivienda**

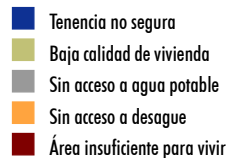


Fuente: INEI, VMCS

**Gráfico 40**  
**Tipo de déficit cualitativo, 2001**



Fuente: INEI



Costa urbana es la zona donde se ubica la mayor proporción de viviendas con tres o más carencias. En el 2001, la mayoría de las viviendas tenía entre 1 y 2 carencias cualitativas. Por otro lado, aproximadamente el 15% de los hogares con 3 o más carencias correspondían a poblaciones en situación de pobreza extrema.

El desglose del déficit cualitativo revela la importancia de la baja calidad de la vivienda. De acuerdo con el VMCS, la calidad estructural de alrededor del 50% de las viviendas es muy baja. Esto se explica por la práctica masiva de la autoconstrucción sin asesoría ni control urbano de las municipalidades. Las faltas de acceso al agua potable y a los servicios básicos de saneamiento son también problemas importantes de las viviendas de la Costa, Sierra y Selva urbanas.

## CONTEXTO INSTITUCIONAL

La legislación relacionada con la construcción de viviendas es sumamente extensa, dispersa, complicada y poco consistente con el proceso de urbanización real. Aplicable casi exclusivamente a las viviendas del sector formal, el marco legal vigente es ajeno a una proporción creciente de viviendas construidas y modificadas informalmente (por ejemplo, el 80% de las viviendas construidas en la década de 1990) y desincentivador de la construcción de viviendas seguras, funcionales y económicas.

Desde inicios del nuevo siglo se ha reinstaurado el principio del rol promotor del Estado en el desarrollo urbano y en el fomento a la vivienda. Así, son evidentes los esfuerzos por reconstruir el aparato institucional desmantelado durante la década de 1990<sup>2</sup> y por modernizar y simplificar la legislación sobre vivienda. Entre las principales intervenciones se identifican las siguientes:

- Recuperación del marco institucional sectorial: Creación del Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento (Ley N° 27779, julio 2002); creación del Consejo Consultivo de Vivienda, Construcción y Saneamiento (R.M. 003-2002-VIVIENDA), integrado por los máximos representantes de las diferentes entidades de la sociedad civil relacionadas con estas actividades; y creación de la Comisión de Coordinación para el Acceso a la Vivienda Digna (D.S. 010-2002-MTC), que reúne a las principales entidades estatales encargadas de la formulación y aplicación de la política de vivienda en el país.
- Flexibilización de los requisitos técnicos para el diseño y construcción de viviendas de interés so-

<sup>2</sup> A la disolución del Ministerio de Vivienda y Construcción se sumó la liquidación de todo el sistema de financiamiento sectorial integrado por el Banco Central Hipotecario, el Banco de la Vivienda, las mutuales de vivienda, el Fondo Nacional de Vivienda (FONAVI) y las cooperativas de ahorro y crédito para vivienda. Al eliminarse el Ministerio de Vivienda, las entidades estatales relacionadas con el tema fueron disueltas o se dispersaron en diferentes instancias del aparato estatal. Así, el manejo del Banco de Materiales y de las empresas prestadoras de servicios de agua y desagüe (EPSs) fue entregado al Ministerio de la Presidencia, la Superintendencia de Bienes Nacionales fue adscrita al MEF; la Comisión de Formalización de la Propiedad Informal (COFOPRI), al de Justicia, y el Fondo Mivivienda —creado en 1997— fue sucesivamente administrado por tres ministerios.

cial mediante la modificación del Reglamento de Habilitación y Construcción Urbana Especial (D.S. 030-2002-MTC).

- Implementación de un sistema de subsidio directo a las familias de bajos ingresos para facilitar su acceso a la vivienda, mediante la creación del Bono Familiar Habitacional (Ley N° 27829) y la implementación del Programa Techo Propio (R.M. 054-2002-VIVIENDA).
- Articulación de los diferentes programas y establecimiento de objetivos, metas, estrategias y líneas de acción a través de la aprobación del Plan Nacional de Vivienda (D.S. 006-2003-VIVIENDA).
- Implementación de un marco normativo nacional para las municipalidades en el ejercicio de sus competencias en materia de planeamiento y gestión de acondicionamiento territorial y desarrollo urbano, con la aprobación del Reglamento de Acondicionamiento Territorial y Desarrollo Urbano (D.S. 027-2003-VIVIENDA).

Por otro lado, el Acuerdo Nacional enfatiza la necesidad de alcanzar un desarrollo adecuado de la infraestructura y la vivienda (Vigesimoprimera Política de Estado). Dentro de las siete políticas delineadas, se incluye la elaboración del Plan Nacional de Vivienda, el apoyo a las familias para facilitar el acceso a una vivienda digna, el fomento a la titulación de las viviendas para incorporar a los sectores de bajos recursos al sistema formal y el mejoramiento de la calidad de

las viviendas autoconstruidas. En seguimiento de las recomendaciones del Acuerdo Nacional, el Plan Nacional de Vivienda – Vivienda Para Todos fue aprobado en el 2003 y constituye el instrumento principal de política sectorial que plantea metas cuantitativas en espacios de tiempo definidos. En el caso del Acuerdo Nacional, las metas están circunscritas a número de viviendas nuevas construidas, dejando de lado el déficit cualitativo, que afecta a mayor cantidad de viviendas. El Plan Nacional de Vivienda sí considera ambos tipos de déficit.

La existencia de una política nacional de vivienda facilita el diálogo y la participación de la sociedad civil en el diseño e implementación de las políticas y sus lineamientos. En este contexto, un conjunto de ONGs está desarrollando actividades relacionadas con la formulación y ejecución de programas orientados a mejorar las condiciones de vida y equidad en el ámbito del acceso a la vivienda digna.



## DESAFÍOS

### Inversión necesaria en vivienda

El Plan Nacional de Vivienda (PNV) plantea las siguientes acciones específicas para el período 2003-2007 con el objetivo de atender totalmente las carencias habitacionales existentes y generadas en el período en cuestión:

- Construcción de viviendas nuevas que salden el déficit cuantitativo de arrastre.
- Ejecución de acciones de mejoramiento habitacional para atender el déficit cualitativo existente.
- Ejecución de acciones anuales de mantenimiento preventivo para evitar el deterioro natural.
- Construcción anual de viviendas adicionales que atiendan las necesidades de demanda que se generan cada año como consecuencia de la formación de nuevos hogares.

De acuerdo con las estimaciones del PNV, se requieren 1'904.375 acciones de producción habitacional durante el período 2003-2007, las cuales implican una inversión de US\$ 14.627 millones<sup>3</sup>. Esta inversión proyectada no incluye acciones de ampliación y mejoramiento del equipamiento urbano, tendido de redes de infraestructura ni protección ambiental urbana. Aun con las carencias mencionadas, el monto es equivalente a 26% del PBI actual. En el supuesto poco probable de que la inversión requerida ocurriese entre el 2003 y el 2007, el período entre el 2008 y el 2020 requeriría de montos de inversión equivalentes para cubrir los déficits cuantitativos y cualitativos generados anualmente.

### Fortalecimiento institucional: mejoramiento de capacidades administrativas y adecuación de marco normativo a necesidades reales

El inicio de la década del 2000 trajo consigo la reconfiguración y el fortalecimiento del aparato institucional relacionado con la producción de la vivienda digna. Dicho proceso —aún en marcha— enfrenta diversos desafíos. Uno de ellos está constituido por la necesidad de simplificar el marco normativo, adecuarlo a las necesidades reales de la vivienda en el país y mejorar las capacidades administrativas de la burocracia estatal especializada en el tema. Si los procesos legales relacionados con la producción de la vivienda se simplifican, disminuyendo los costos de transacción, el consecuente abaratamiento de la producción “legal” de la vivienda resultaría en una mayor actividad en el sector formal del mercado. Así, las posibilidades reales del Estado de ejercer un rol regulador positivo en esta área se fortalecerían, creando las bases para su actuación eficaz para garantizar la producción de viviendas dignas y seguras.

<sup>3</sup> Los supuestos son los siguientes:

- a. Precio promedio de construcción de viviendas para atender déficit cuantitativo de arrastre: US\$ 15.000, lo que equivale a un monto de inversión de US\$ 4.890 millones.
- b. Precio promedio por acción de mejoramiento para atender el déficit cualitativo de arrastre: US\$ 3.000, lo que equivale a un monto de inversión de US\$ 2.721 millones.
- c. Precio promedio por acción de mantenimiento preventivo del parque habitacional existente y adecuado: US\$ 1.200, lo que equivale a un monto de inversión de US\$ 265 millones.
- d. Precio promedio de construcción de nueva vivienda adicional para atender las necesidades derivadas de la conformación de nuevos hogares: US\$ 15.000, lo que equivale a un monto de inversión de US\$ 6.750 millones.

Un segundo desafío corresponde a la articulación y coordinación de las diversas entidades estatales para maximizar la eficiencia de la intervención del Estado en el sector de la vivienda. En este sentido, se considera necesario delimitar claramente las funciones y responsabilidades de los gobiernos locales. Esto es especialmente importante en el caso del fomento y la revisión de la calidad de la producción de la vivienda en los asentamientos humanos y otros sectores de ingresos más bajos.

Un tercer desafío —aunque no por ello menos importante— está dado por la continuidad de la voluntad política en el tema de la vivienda para la población con menores ingresos. Las intervenciones estatales durante la década de 1990 evidenciaron que la promoción de una vivienda digna no es siempre una prioridad. Si bien actualmente el tema es un componente importante de las políticas nacionales y del marco normativo sobre vivienda, lo cual incrementa su legitimidad formal, es necesaria la continuidad y fortaleza de la voluntad política para que dicha legitimidad se refleje en la implementación de la política de vivienda.

### **Participación de la sociedad civil organizada**

La participación de las ONGs en la implementación de programas sobre vivienda digna constituye un progreso significativo en el reconocimiento de la sociedad civil organizada como un actor en la formulación y ejecución de políticas de desarrollo. En este sentido, su participación y reconocimiento por parte del Estado puede ser considerada como elemento importante del aprendizaje social sobre la importancia y el cómo de los procesos participativos. Así, actualmente constituye un desafío incorporar a nuevos actores relevantes —las organizaciones vecinales, por ejemplo— investirlos del derecho a participar y fortalecer sus capacidades para asegurar un desempeño adecuado. ■

8

OBJETIVO DE DESARROLLO DEL MILENIO



**Fomentar  
una asociación  
mundial para el  
desarrollo**

## OBJETIVO DE DESARROLLO DEL MILENIO 8

# FOMENTAR UNA ASOCIACIÓN MUNDIAL PARA EL DESARROLLO

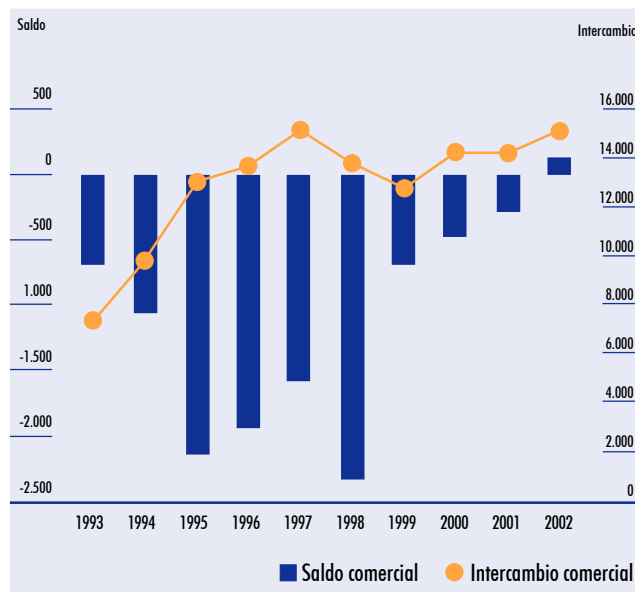
### Meta 12

**Desarrollar un sistema comercial abierto y no discriminatorio, basado en reglas predecibles. Desarrollar una oferta exportable competitiva y diversificada que garantice la ampliación de mercados con condiciones de reciprocidad.**

El grado de inserción internacional de la economía peruana se incrementó notablemente en la última década, como lo muestra el aumento de más de 100% del intercambio comercial<sup>1</sup> entre 1993 y 2003. En ese último año, la suma de exportaciones e importaciones alcanzó un valor ligeramente superior a US\$ 17 mil millones. Dado el crecimiento comercial de los últimos años, las exportaciones per capita en términos reales ascendieron a US\$ 330 en 2003. Si bien esta cifra es aún baja al compararla internacionalmente, representa un avance sustantivo con respecto a 2002 (cuando no superó los US\$ 300 por habitante).

Durante la última década, la tasa de crecimiento de las exportaciones fue similar al promedio latinoamericano, llegando casi a US\$ 9 mil millones en 2003. Dicho dinamismo es explicado mayoritariamente por el patrón de crecimiento de las exportaciones primarias mineras. En el ámbito de las exportaciones no tradicionales, los rubros de textiles, vestido y productos agrícolas han experimentado incrementos significati-

**Gráfico 41**  
**Evolución del saldo e intercambio comercial**  
(millones de US\$)



Fuente: MINCETUR

<sup>1</sup> Equivalente a la sumatoria de las exportaciones FOB y las importaciones CIF.



vos como producto de una mayor competitividad doméstica y de los términos de intercambio favorables producidos por las iniciativas de Preferencias Arancelarias Andinas y Erradicación de Drogas (ATPDEA) de Estados Unidos y el Sistema Generalizado de Preferencias Andino (SGPA) de la Unión Europea.

En términos de los ingresos por exportaciones, la estructura exportadora está concentrada en pocos productos —en particular, oro, cobre y harina de pescado.

Ello es riesgoso debido a que la mayoría son bienes primarios sujetos a fluctuaciones abruptas en los precios internacionales. En este contexto, es positivo el dinamismo del sector agropecuario —creció 27% solo en el 2002— que duplicó las agroexportaciones entre 1994 y el 2002. Los esfuerzos de este sector por diversificar su oferta exportable son visibles en los casos de las exportaciones exitosas de espárragos, mangos y uvas. También es positivo el desempeño de las exportaciones textiles, que cada vez están más orientadas a segmentos del mercado con mayor capacidad adquisitiva<sup>2</sup>.

En términos de la diversificación de los mercados de destino, se tiene que en el 2003, por ejemplo, 25,6% del total ex-

portado fue destinado a la Unión Europea, y 27% a Estados Unidos. Al observar el destino de productos específicos, se encuentra que algunos están concentrados en determinados mercados, como es el caso de las exportaciones de harina de pescado en el Japón, y las de confecciones y productos agrícolas en Estados Unidos. En el marco del ATPDEA, una cuota de las exportaciones de confecciones de algodón<sup>3</sup> de los países andinos firmantes ingresará al mercado libre de aranceles hasta el 31 de diciembre del 2006. Dicha cuota —aplicada a la suma de las exportaciones de Perú, Colombia, Ecuador y Bolivia— consiste en un porcentaje de las importaciones totales de confecciones de Estados Unidos medida en términos del área del tejido<sup>4</sup>. A la fecha, las exportaciones de confecciones de los países andinos firmantes no han alcanzado la cuota fijada, por lo que se puede afirmar que en los hechos no hay restricciones a la entrada. Similarmen- te, las exportaciones peruanas de confecciones ingresan con un arancel cero a los países miembros de la Unión Europea en el marco del Sistema General de Preferencias para el área andina.

**Cuadro 25**  
**Exportaciones agrícolas dinámicas**  
(en millones de US\$)

	1998	2002
Espárragos en conserva	77,8	85,1
Espárragos frescos	35,7	84,6
Mangos	11,8	35,5
Cebollas frescas y secas	11,1	15,3
Uvas	1,3	20,7
Paltas	0,0	5,1

Fuente: PENX 2002-2013

<sup>2</sup> MINCETUR, Plan Estratégico Nacional Exportador 2002-2013.

<sup>3</sup> Cuyo tejido haya sido hilado en cualquiera de los países miembros del acuerdo i.e. Estados Unidos, Perú, Colombia, Ecuador y Bolivia (criterio *yarn forward*).

<sup>4</sup> El ATPDEA prevé incrementos anuales de dicha cuota hasta alcanzar el 5% en el 2006. Actualmente la cuota asciende a 2,75%.

Cuadro 26

## Exportaciones agrícolas que ingresan sin arancel a los países más desarrollados

Exportación	Unión Europea	Australia	Canadá	Japón	Nueva Zelanda	Estados Unidos
Café sin descafeinar, sin tostar	Libre	Libre	Libre	Libre	Libre	Libre
Espárragos, frescos o refrigerados		Libre	Libre <sup>5</sup>	Libre	Libre	Libre (ATPDEA)
Espárragos, preparados o conservados	Libre					Libre (ATPDEA)
Madera aserrada de virola, mahogany	Libre	Libre	Libre	Libre	Libre	Libre
Mangos y mangostanes, frescos o secos	Libre	Libre	Libre	Libre	Libre	Libre (ATPDEA)
Uvas frescas			Libre		Libre	Libre (ATPDEA)
Fruto de los géneros capsicum o pimienta	Libre	Libre	Libre	Libre		Libre (ATPDEA)
Azúcar en caña en bruto sin adición		Libre	Libre	Libre <sup>6</sup>	Libre	Libre <sup>7</sup>
Leche evaporada sin azúcar ni edulcorante		Libre			Libre	Libre (ATPDEA)
Espárrago congelado	Libre				Libre	Libre (ATPDEA)
Aguacates	Libre	Libre	Libre	Libre	Libre	Libre (ATPDEA)
Manteca de cacao	Libre	Libre	Libre	Libre	Libre	Libre
Maderas aserradas de maderas tropicales	Libre		Libre	Libre	Libre	Libre
Lacas colorantes; preparaciones	Libre			Libre	Libre	Libre
Prods. Panadería, pastelería o galletería		Libre	Libre <sup>8</sup>			Libre
Materias vegetales y desperdicios	Libre	Libre	Libre	Libre		Libre (ATPDEA)
Cebollas y chalotes, frescos o refrigerados		Libre			Libre	Libre (ATPDEA)
Materias colorantes de origen vegetal	Libre	Libre	Libre	Libre	Libre	Libre
Tablillas y frisos para parqués (s/ensamblar)	Libre		Libre	Libre		Libre
Castilla (frijol ojo negro)	Libre	Libre	Libre		Libre	Libre (ATPDEA)
Aceitunas conservadas provisionalmente		Libre	Libre	Libre		Libre (ATPDEA)
Alcachofas preparadas	Libre					Libre (ATPDEA)
Frijoles desvainados, preparados	Libre	Libre				Libre (ATPDEA)
Productos curtientes inorgánicos	Libre	Libre	Libre	Libre	Libre	Libre
Carmín de cochinilla	Libre	Libre	Libre	Libre	Libre	Libre

Fuente: Ministerio de Agricultura

Nota: Unión Europea: Austria, Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Holanda, Portugal, España, Suecia, Reino Unido.

<sup>5</sup> Libre si no excede 8 semanas en cualquier período de 12 meses.<sup>6</sup> Azúcar centrífuga.<sup>7</sup> Libre si volumen no excede 43.175 toneladas métricas.<sup>8</sup> Libre en caso de certificación del Departamento de Salud del Canadá como producto bajo en proteínas.

En términos de las exportaciones agrícolas, el cuadro 26 presenta la eliminación de barreras arancelarias efectuada por algunos países de mayor desarrollo relativo.

El tratamiento arancelario otorgado por países como Australia, Canadá y Japón ha tenido un impacto limitado en la medida que éste se aplica de manera masiva a todos los países bajo el Sistema Generalizado de Preferencias y el principio de Nación Más Favorecida de la Organización Mundial de Comercio. En cuanto a Estados Unidos y la Unión Europea, se tiene que la limitada disponibilidad de oferta exportable y el incremento en el número de acuerdos comerciales preferenciales han diluido la importancia de los tratamientos especiales otorgados al Perú y los demás países andinos el marco del apoyo a la lucha contra el narcotráfico y el cultivo de productos ilícitos.

También se observa otros tipos de barreras al comercio —por ejemplo, los obstáculos técnicos y las restricciones fitosanitarias. Es ilustrativo el caso de los cítricos, cuyo ingreso a Estados Unidos no está permitido pese a que el *Citrus Survey*<sup>9</sup> demuestra que las exportaciones del Perú no están afectadas por plagas. Actualmente está pendiente la adopción de una norma federal que dé fin a las exigencias de más de nueve años con respecto a este producto. Las exportaciones de melón y sandía a Estados Unidos enfrentan situaciones similares; en la actualidad, los estudios técnicos pertinentes se encuentran sometidos a procesos de consulta pública. Otros productos que requieren una autorización fitosanitaria para acceder al mercado estadounidense son el higo, la chirimoya, la tuna, la papaya, el tomate y la palta. Por otro lado, la exportación de leche evaporada a Estados Unidos está sujeta a contingentes y a salvaguardias, dependiendo de la partida que ingrese.

Cabe mencionar que el crecimiento de las exportaciones peruanas también se ha visto limitado o desincentivado por la vigencia de subsidios al comercio y a la producción de bienes agrícolas por parte de los países desarrollados.

## HACIA UNA POLÍTICA NACIONAL DE COMERCIO EXTERIOR

Junto con la apertura y desregulación de mercados, la liberalización del comercio exterior fue un elemento fundamental del programa de reformas estructurales emprendido en la década de 1990. En el caso de las importaciones, se eliminó las barreras para-arancelarias, y se redujo la dispersión y la tasa arancelaria promedio. A pesar de estos avances, el arancel promedio es aún alto, y el índice de apertura de la economía es más bajo que el de otros países de la región, como Chile y Colombia. En el caso de las exportaciones, las medidas de fomento incluyeron la eliminación selectiva de impuestos y restricciones para-arancelarias; devoluciones de aranceles como el *dramback*, de impacto poco significativo; facilidades para el internamiento temporal de insumos; y creación de zonas francas y de Centros de Exportación, Transformación, Industria, Comercialización y Servicio.

Perú está en el proceso de consolidar su política nacional de comercio exterior. Sus elementos principales —incluidos en el Acuerdo Nacional— son el desarrollo de un sector comercial dinámico, productor de bienes y servicios competitivos y simultáneamente generador de bienestar interno. Los esfuerzos por institucionalizar el sector, iniciados en la década de 1990, se consolidaron con la creación del Ministerio de Comercio Exterior y Turismo en 2002. Un importante avance en el establecimiento de una política nacional es el Plan Estratégico Nacional Exportador 2003-2013 (PENX), el cual propone los siguientes lineamientos estratégicos: ampliación y diversificación de la oferta exportable, promoción de la cultura exportadora, y consolidación de un marco normativo estable en el ámbito del comercio exterior. Adicionalmente a su valor como herramienta de diagnóstico y de formulación de políticas, la importancia del PENX radica en su naturaleza participativa, dado que su Comisión Permanente está formada por las entidades estatales y no estatales del sector exportador<sup>10</sup>.

<sup>9</sup> Programa conjunto SENASA/USDA, desarrollado a solicitud del gobierno americano.

<sup>10</sup> MINCETUR, CNC, PCM, Ministerio de Relaciones Exteriores, Ministerio de Economía y Finanzas, Ministerio de la Producción, Ministerio de Transportes y Comunicaciones, Comisión para la Promoción de Exportaciones, Asociación de Exportadores, Sociedad de Comercio Exterior, Cámara de Comercio de Lima y Sociedad Nacional de Industrias.

Perú no escapa al patrón global de regionalismo abierto. Así, adicionalmente a su participación activa en las negociaciones para formar el Área de Libre Comercio de las Américas, el país es firmante de una variedad de acuerdos comerciales, entre los

que resaltan Brasil, la Comunidad Andina (CAN), y el Mercado Común del Sur (MERCOSUR). Actualmente, la prioridad de la política de comercio exterior es la firma de un tratado de libre comercio con Estados Unidos.

### Meta 13

**Atender las necesidades especiales de cooperación internacional de los países en desarrollo.**

En el año 2001 el total global de Ayuda Oficial para el Desarrollo (AOD) sumó US\$ 58.238, del cual aproximadamente 10% fue destinado a América Latina y el Caribe. El Perú ocupó el cuarto lugar de la región como receptor de AOD. Así, recibió US\$ 451 millones, equivalente al 7% de la AOD regional (Nicaragua recibió 15%, Bolivia 12% y Honduras 11%). De este monto, más del 90% provino de fuentes bilaterales<sup>11</sup>.

Las cifras de cooperación registradas por la OECD se refieren a recursos programados en los presupuestos de los donantes para ciclos de 2 a 5 años, incluyendo los gastos locales, mas no a recursos efectivamente desembolsados en Perú. Asimismo, pueden incluir, como en el caso de Alemania, recursos reembolsables y no reembolsables. Por estas razones, la información disponible permite identificar a los donantes principales, pero no refleja los flujos reales de la cooperación no reembolsable recibida por el Perú.

La clasificación del Perú como País de Renta Media Baja tiene efectos adversos para el país, debido a la consecuente disminución de la AOD. Los principios de re-

**Cuadro 27**  
**AOD promedio por donante, 2000-2001**  
(en millones de US\$)

País	Monto
Japón	189
Estados Unidos	158
Alemania	71
España	27
Unión Europea	23
Países Bajos	17
Canadá	9
Reino Unido	9
Francia	8
Suiza	8

Fuente: OECD ([www.oecd.org](http://www.oecd.org))

ducción de la asistencia no reconocen las grandes disparidades que existen a nivel regional. En algunos casos, éstas llevan a que los niveles de desarrollo humano re-

<sup>11</sup> Conforme a los registros de la OECD, Perú recibió US\$ 451 millones en 1999, US\$ 401 millones en 2000, y nuevamente US\$ 451 millones en 2001 de AOD.

gionales y locales sean comparables a los de los países del África Sub-Sahariana. El país tiene el reto de proteger bienes públicos globales —como la preservación de la Amazonía— y la prevención de males públicos globales —como el control de la oferta de hoja de coca para el narcotráfico. Ese reto demanda enormes cantidades de recursos públicos y una porción significativa de la AOD. Es necesario, por tanto, encontrar los mecanismos que permitan reflejar estos esfuerzos del país por avanzar hacia los ODMs, al mismo tiempo que revertir la tendencia decreciente de la AOD en apoyo a los mismos.

En el año 2000 la comunidad internacional adoptó una agenda para el desarrollo global con base en los ODMs. Ésta implica la necesidad de un incremento global de los flujos de AOD y de un compromiso de los países receptores a una mayor efectividad e impacto en la aplicación de la AOD. En este contexto, el Ministerio de Relaciones Exteriores lanzó la iniciativa de Diplomacia Social, con el fin de alinear este compromiso con la mayor efectividad de los flujos de AOD. Esta iniciativa busca relacionar la política exterior con las prioridades de apoyo internacional y las iniciativas de donantes con el fin de lograr mejores resultados en

la lucha por la superación de la pobreza y la reducción de las desigualdades.

En los últimos dos años se han dado avances en la sistematización y procesamiento de la cooperación internacional. En el año 2002 se creó la Agencia Peruana de Cooperación Internacional (APCI), como organismo público descentralizado adscrito al Ministerio de Relaciones Exteriores. Sus funciones son diseñar e implementar políticas, y canalizar cooperación técnica internacional no reembolsable. La APCI ha establecido prioridades de cooperación sobre la base de los ODMs y el proceso de descentralización. Actualmente, la cooperación técnica internacional prioriza proyectos que incorporan componentes relacionados principalmente a la formación y capacitación de los recursos humanos, la transferencia e intercambio de tecnología, y el fortalecimiento de las instituciones.

Los esfuerzos de la APCI para sistematizar y uniformizar la información existente sobre fuentes y proyectos de cooperación internacional en su primer año de existencia son notables. Es necesario que éstos continúen en el futuro para poder consolidar la canalización ordenada y sostenible de la cooperación internacional.

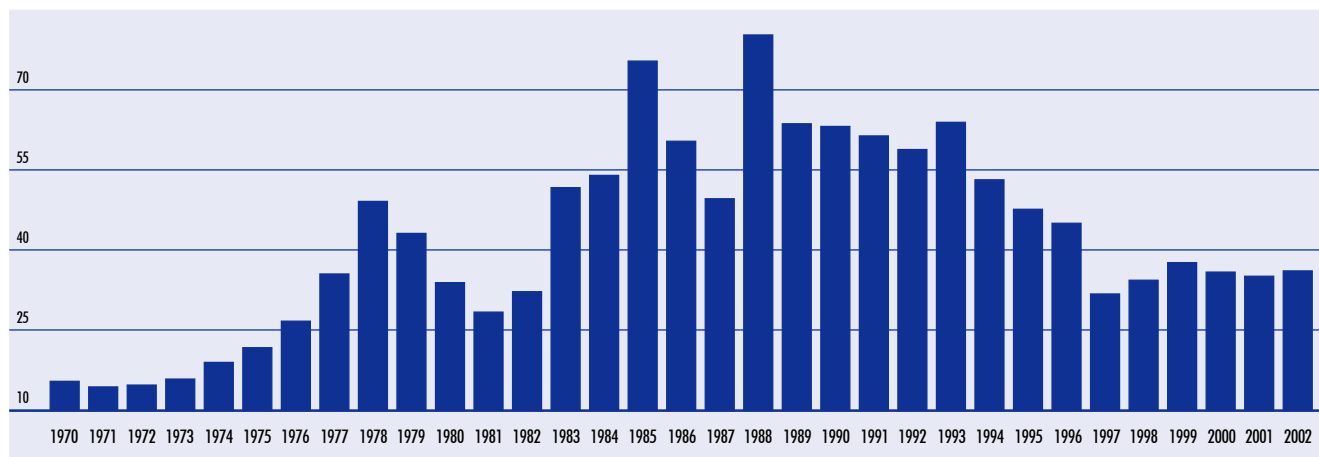
## Meta 14

### Encarar los problemas de la deuda externa de los países en desarrollo.

El Perú es un país altamente endeudado. Al cierre del 2003, el saldo de la deuda pública (externa e interna) representó el 47,7% del PBI. De este total, la deuda pública externa es equivalente a 37,6% del PBI. Por su composición —40% está pactado a tasas de interés variable, y 63% lo está en dólares— ésta es sumamente vulnerable a riesgos cambiarios y riesgos por movi-

mientos en la tasa de interés. La deuda pública interna ha crecido sostenidamente desde 1999, llegando a 10,1% del PBI en el 2003. La mayoría de ésta corresponde a la colocación de bonos soberanos en el mercado de valores doméstico y los bonos de reconocimiento de las obligaciones a los futuros pensionistas del sistema privado de pensiones. El incremento de las

**Gráfico 42**  
**Evolución de la deuda externa pública**  
 (como % del PBI)



Fuente: BCRP<sup>12</sup>

emisiones internas en moneda local está contribuyendo a reducir el riesgo cambiario de la deuda pública total, y simultáneamente está facilitando el crecimiento del mercado de capitales doméstico para el financiamiento de la inversión privada.

Los acreedores principales de la deuda pública externa son el Club de París (38%) y los organismos financieros internacionales (32%). La emisión de bonos en los mercados internacionales de capital —particularmente los bonos Brady— es actualmente la fuente de financiamiento externo más dinámica, y representó 25% de la deuda externa en el 2003. Si bien los bonos globales son más costosos que los préstamos multilaterales y regionales, su emisión se ha visto facilitada por la reciente reducción del riesgo país y las bajas tasas de interés internacionales<sup>13</sup>. Por otro lado, son una fuente de financiamiento atractiva ya que introducen la posibilidad de extender la duración de la deuda adecuando el servicio de la misma a la capacidad de pago del país.

En el 2003, el servicio de la deuda externa pública ascendió a 21,2% del valor de las exportaciones de bie-

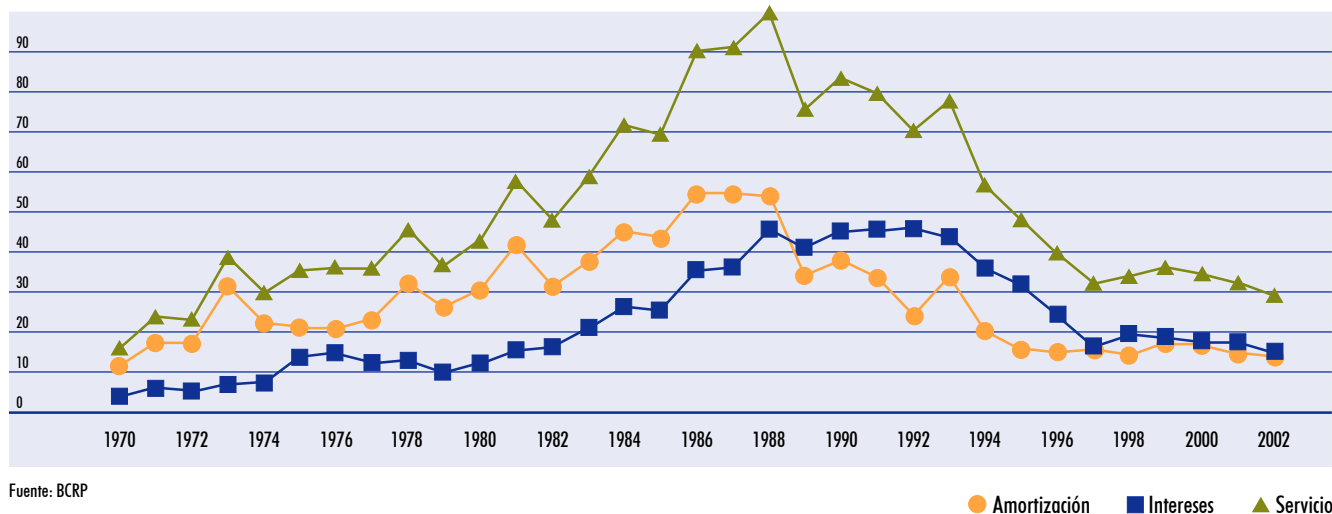
nes y servicios. Si bien hay un aumento programado de amortizaciones y pago de intereses, el Gobierno del Perú proyecta una reducción en la proporción del servicio de la deuda con respecto a las exportaciones, como resultado del incremento esperado de las exportaciones como producto del ATPDEA, la eventual firma del Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos, y la puesta en marcha de proyectos como Camisea y Las Bambas.

De acuerdo con las estimaciones del Marco Macroeconómico Multianual, el sector público necesitaría recursos financieros equivalentes a US\$ 10.415 millones en el período 2003-2006 para hacer frente al incremento en amortizaciones e intereses programado. Adicionalmente a estas obligaciones, en 2008 vencer los bonos globales emitidos en noviembre de 2002. En la actualidad, los gastos no financieros en las cuentas nacionales del país representan aproximadamente el 15% del PBI, mientras que los ingresos por tributos cerca del 13% del PBI. En otras palabras, para mantener los niveles proyectados del gasto público, se requerirá necesariamente de acceso a nuevo financiamiento.

<sup>12</sup> MEF (2003) *Deuda pública 1970-2002. Experiencia histórica y perspectivas*, Lima, <[www.mef.gob.pe/propuesta/DGAES/btfiscal/N24BTFLaDeudaPublica.pdf](http://www.mef.gob.pe/propuesta/DGAES/btfiscal/N24BTFLaDeudaPublica.pdf)>, p. 53.

<sup>13</sup> *Ibid.*, p. 65.

**Gráfico 43**  
**Servicio de la deuda pública externa**  
 (como % del valor de las exportaciones)



Sin embargo, la deuda pública total de US\$ 28.907 millones está muy cerca del límite de endeudamiento “riesgoso”<sup>14</sup> considerado por las instituciones financieras internacionales. Acercarse a —o sobrepasar— el tope de endeudamiento máximo incrementaría los costos de obtención de recursos financieros adicionales, y forzaría la adopción de una política fiscal contractiva para asegurar el pago de la deuda. Al respecto, se reconocen los esfuerzos del país y sus logros en la disminución del peso de la deuda pública, los cuales repercuten favorablemente en la reducción del riesgo país y en la consecución de mejores condiciones de financiamiento para la inversión pública y privada. Estos incluyen la reducción del déficit fiscal y del crecimiento de la deuda pública, el reperfilamiento de la misma, y el incremento significativo de las reservas internacionales. Se considera necesario seguir avanzando en el fortalecimiento de estos esfuerzos. El manejo serio de la deuda pública es indispensable para mejorar las condiciones de acceso a los mercados financieros externos e internos, y por lo tanto asegurar el financiamiento de la inversión y el crecimiento.

## REPERFILAMIENTO DE LA DEUDA

Las fuentes de financiamiento de la deuda externa dificultan su reprogramación. No se puede reprogramar la deuda contraída con los organismos internacionales porque sus estatutos no contemplan esta posibilidad. Tampoco parece posible reprogramar la deuda contraída con el Club de París, puesto que en la Minuta concertada con este grupo en 1996 se incluyó una cláusula en la que el país se comprometió a no solicitar la reprogramación de deuda futura<sup>15</sup>. Por otro lado, solo sería conveniente prepagar la deuda comercial contraída con los acreedores del foro del Club de París si se ofrecen descuentos de la deuda antigua o si acceden a fijar tasas de interés más bajas para el nuevo financiamiento.

En este contexto, es recomendable buscar alternativas como, por ejemplo, los canjes de deuda permitidos con los acreedores miembros del Club de París (deuda por naturaleza, por ayuda, por intercambio de acciones, o cualquier otro en moneda local). Existen otras opciones de reperfilamiento como los prepa-

<sup>14</sup> Es riesgoso cuando la deuda total supera el 50% del PBI.

<sup>15</sup> Sin embargo, es pertinente señalar que se ha permitido la reprogramación o el acceso nuevo al Foro del Club de París a países —como Ecuador— con situación económica precaria.

gos al organismo financiero regional (Corporación Andina de Fomento); los *rollovers* de los bonos globales ubicados en el exterior, a partir del 2008; y los *swaps* de deuda. Las operaciones exitosas pueden contribuir a suavizar en el tiempo los pagos y minimizar las crisis por riesgo cambiario y/o variaciones en la tasa de interés.

## UNA PROPUESTA INNOVADORA

En la última Cumbre del Grupo de Río realizada en el Cusco en mayo del 2003, el Perú presentó pro-

puestas de mecanismos financieros innovadores para atraer recursos destinados a la inversión productiva y la generación de empleo. Cabe destacar las propuestas de reducción del costo del endeudamiento por medio del diseño de nuevos instrumentos de deuda (por ejemplo, bonos indexados al crecimiento del PBI), la creación de autoridades regionales de inversión en infraestructura y un mejor manejo fiscal por reformulación de las metas fiscales. Estas propuestas están siendo discutidas en el marco de los logros de los países de la región en el manejo prudente y sostenible de las finanzas públicas, y en la consecución de un crecimiento económico sostenible.

### Meta 16

**En cooperación con los países en desarrollo, elaborar y aplicar estrategias que proporcionen un trabajo digno y productivo para la juventud.**

El empleo de los jóvenes puede ser caracterizado por dos patrones universales: primero, la tasa de desempleo urbano de los jóvenes es el doble de la de los adultos; segundo, la tasa de desempleo de las mujeres jóvenes es sustancialmente mayor que la de los hombres jóvenes<sup>16</sup>. El desempleo en Lima no escapa a estos rasgos universales. La tasa de desempleo juvenil es, en efecto, cercana al doble de la tasa de desempleo promedio. Por otro lado, la tasa de desempleo de las mujeres jóvenes tiende a ser mayor que la de los hombres. Así, en el caso de Lima Metropolitana, el déficit de empleo de los jóvenes, especialmente de las mujeres jóvenes, es mayor que el de los adultos. Por otro

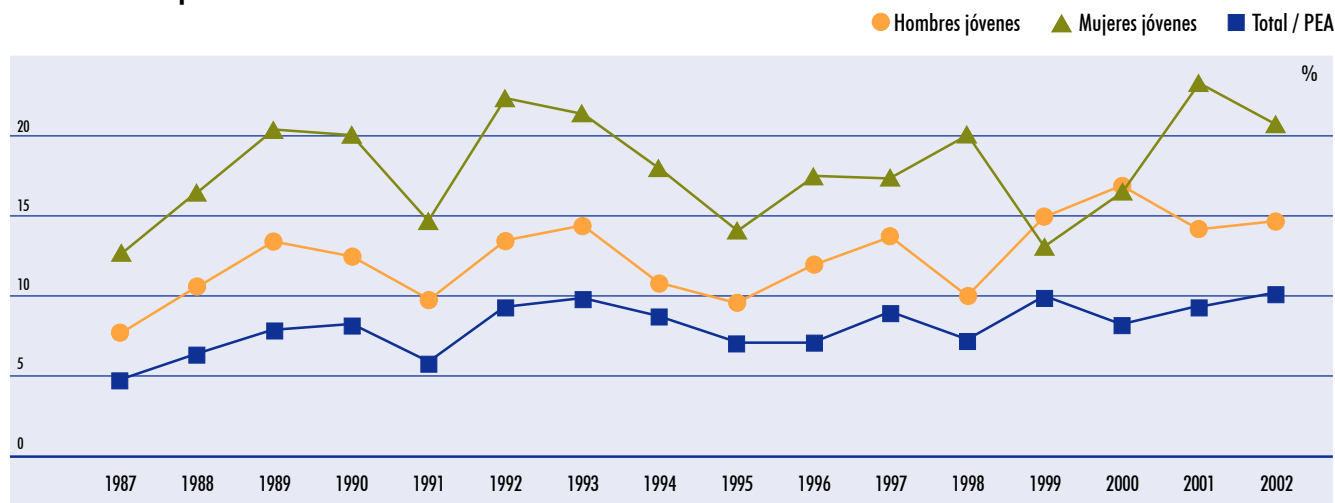
lado, una alta proporción del empleo juvenil es informal, por lo que se incluye en la categoría de subempleo. El sector informal es heterogéneo, y en éste se realizan actividades diversas: sobresale el auto-empleo y el trabajo en microempresas en el caso de los jóvenes, y el empleo como trabajadoras del hogar en el caso de las jóvenes.

A primera vista, la tasa de desempleo juvenil de Lima es menor que la de la mayoría de países de la región. La tasa de desempleo juvenil urbana de Lima fue 14,4% en setiembre del 2003, mientras que alcanzó 23,5% en Brasil, 33,2% en Colombia, 40,1% en Uruguay, y 31,3% en Venezuela en el mismo período<sup>17</sup>.

<sup>16</sup> Estimación propia sobre la base de las encuestas del Ministerio de Trabajo. La población joven abarca la población de 14 a 24 años de edad y se excluye a las trabajadoras del hogar.

<sup>17</sup> OIT, *Panorama Laboral 2003*, Cuadro 3-A, p. 102.

**Gráfico 44**  
**Tasas de desempleo\***



Fuente: Ministerio de Trabajo, Encuestas de Hogares

\* Jóvenes corresponde a población de 14 a 24 años

Sin embargo, los datos obtenidos en el caso del Perú no reflejan la presión real de los jóvenes en el mercado de trabajo, y no son comparables con la información consignada para los demás países. En el Perú, el mercado de trabajo asalariado urbano está menos desarrollado, y la proporción de trabajadores asalariados jóvenes equivale a alrededor del 50% de la población económicamente activa (PEA) joven. Ello lleva a que si la tasa de desempleo se calculase sobre la PEA asalariada joven —56% en 1997— la tasa de desempleo aumentaría de 15,3% a 27%<sup>18</sup>. Para tener un dato consistente con la realidad, entonces, se debe comparar el desempleo abierto de los jóvenes con la PEA joven asalariada, y no con la PEA joven total. El hacerlo lleva a que la tasa de desempleo juvenil urbano prácticamente se duplique, obteniendo tasas comparables con las de otros países de la región.

La gran mayoría de jóvenes desempleados en Lima cuenta con alguna experiencia laboral. Ello es consecuencia del ingreso temprano al mercado de trabajo, y la derivación rápida a las filas del desempleo abierto. La rapidez del tránsito del empleo al desempleo res-

ponde a fluctuaciones en la demanda agregada, y a la creciente inestabilidad originada en diversas y extendidas modalidades de contratación temporal con una consiguiente rotación laboral elevada<sup>19</sup>.

Entre los jóvenes desempleados, la proporción de aspirantes —buscadores activos de puestos de trabajo— es relativamente baja. Ello refleja dos factores distintos: primero, el tiempo de búsqueda es muy corto, por lo que el paso de inactividad a actividad sería casi inmediato. Segundo, la propensión a buscar un empleo asalariado es baja, lo cual es consistente con la altísima proporción de empleo juvenil en el sector formal de independientes, y especialmente en el sector informal.

## POLÍTICAS PÚBLICAS

Desde inicios de la década de 1990, los gobernantes peruanos han realizado diversos esfuerzos para enfrentar el problema del desempleo juvenil. Entre éstos se encuentran la promoción de los convenios de forma-

<sup>18</sup> Resultado de multiplicar la tasa de desempleo convencional para jóvenes de Lima (desempleo/PEA, de 15,3%) por el inverso del ratio PEA asalariada joven/PEA joven (1/56,6%).

<sup>19</sup> Cfr. Chacaltana, Juna (2002) *Los desafíos de las políticas de empleo*, Lima, CIES; Saavedra, Jaime y Eduardo Maruyama (2000) *Estabilidad laboral e indemnización: efectos de los costos de despido sobre el funcionamiento del mercado laboral peruano*, Lima, Grade, Documento de Trabajo N° 23.

Cuadro 28

**Capacitación laboral para jóvenes**

(número de jóvenes)

Capacitación laboral	1993	1994	1995	1997	1998	1999	2000	2001
<b>Total</b>								
Convenios y prácticas	8.447	10.295	12.774	56.022	69.903	84.223	90.360	95.465
Empresas	207	296	624	2.470	2.025	2.213	3.041	2.749
<b>Formación laboral juvenil</b>								
Convenios	681	397	1.878	32.249	41.086	51.480	59.385	47.582
Empresas	37	33	265	1.155	1.103	1.342	1.941	1.640
Convenios concluidos	211	189	185	264	n.d	n.d	n.d	n.d
<b>Formación pre-profesional</b>								
Prácticas pre-profesionales	7.766	9.898	10.896	23.773	28.817	32.743	30.975	47.883
Empresas	170	263	359	1.315	922	871	1.100	1.109
Prácticas concluidas	477	375	620	143	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Fuente: MTPS. Anuarios Estadísticos

Nota: No hay datos para 1996; información de período 1993-1995 corresponde solo a Lima.

ción laboral juvenil en el sector privado empresarial (1991), el programa de capacitación Projoven (1996), desde fines del 2001, los programas A Trabajar, urbano y rural, que dan tratamiento especial a mujeres y jóvenes.

Los convenios de formación laboral juvenil —que crecieron en cerca de diez veces entre 1994 y el 2001— produjeron un aumento importante en la “contratación” de jóvenes, especialmente bajo la modalidad de prácticas pre-profesionales. Al firmar el convenio, la empresa se comprometía al pago de la Remuneración Mínima Vital, y a la protección social en materia de salud y seguridad en el trabajo. Dada la falta de límites en la definición de estos convenios (podían durar hasta 3 años), en el 2001 se redujo su duración máxima, el tramo de edad de los jóvenes a los que podía aplicarse y el porcentaje de la planilla que podía emplearse por esta vía.

El Programa Projoven, por otro lado, buscaba beneficiar a 15.000 jóvenes anualmente, durante 5 años. El programa benefició a 3.600 jóvenes en 1999, y a 4.200 en el 2000.

Dado el crecimiento de la fuerza laboral y su relativamente reducida absorción por el mercado de trabajo asalariado formal, los retos en materia de empleo

juvenil son enormes. También lo son los retos relacionados con el ejercicio de los derechos laborales de los jóvenes, usualmente desprotegidos en esta materia.

Los jóvenes son afectados por tres tipos de desempleo:

- el desempleo estructural producto de un déficit de inversión global y sectorial;
- el desempleo estructural producto de un déficit de demanda y de la falta de adecuación de calificaciones; y
- el desempleo friccional por falta de información y orientación.

En la creación de condiciones sostenibles para el trabajo juvenil decente, se considera conveniente llevar a cabo esfuerzos en las siguientes áreas:

- Promoción de micro y pequeñas empresas para jóvenes, con énfasis en la capacitación en gestión empresarial moderna.
- Programas de capacitación laboral de mayor calidad y cobertura, para acrecentar la empleabilidad.

- Fortalecimiento de la cobertura del sistema de información laboral, por medio de la ampliación de la red CIL-Proempleo del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. En este sentido, es urgente mejorar la información sobre el mercado de trabajo, así como la orientación vocacional y ocupacional.
- Promoción y defensa de los derechos laborales de los trabajadores jóvenes, mejorando las condiciones de ingreso y trabajo de los convenios de formación y de prácticas.
- Promoción y defensa de los derechos laborales de las trabajadoras del hogar jóvenes.

## Meta 17

**En cooperación con las empresas farmacéuticas, facilitar el acceso a los medicamentos esenciales, a precios razonables, en los países en desarrollo.**

El acceso equitativo de la población a medicamentos esenciales es uno de los grandes retos de la salud pública en el Perú. Desafortunadamente, el país no cuenta con indicadores confiables de medición del acceso, ni con metodologías validadas para llevar a cabo dichas mediciones. A manera de ilustración, los datos de la Encuesta Nacional de Hogares sobre Medición de Niveles de Vida, consignan que en 1994 el 20% de la población de Lima, 43% de la selva, y 47% de la sierra rural, no pudo adquirir los medicamentos recetados. De manera similar, los datos para 1997 reflejan que en ese año en promedio solo el 50% de la población —el 61% en Lima, y el 39% en zonas rurales— que estuvo enferma pudo adquirir todos los medicamentos que le fueron prescritos.

De acuerdo con cálculos de la OPS<sup>20</sup>, más del 80% del mercado farmacéutico en el Perú es privado. Dentro del sector, hay una tendencia creciente a la oferta

de medicamentos importados. Se estima que más del 50% de la oferta de los medicamentos registrados son importados. Los precios de los medicamentos en el Perú tienden a ser más altos que el promedio internacional<sup>21</sup>. Adicionalmente, durante la década de 1990 el precio promedio de los medicamentos experimentó un incremento progresivo en el país (de US\$ 3,69 en 1994 a US\$ 5,41 en el 2000)<sup>22</sup>.

En general, no se observa un compromiso de las empresas farmacéuticas con las necesidades de la salud pública. Ello se agrava cuando se considera que la población beneficiada con algún tipo de seguro de salud —público o privado— no pasaba del 32% en el 2000<sup>23</sup>. Probablemente dicho porcentaje se haya elevado posteriormente gracias a la ampliación de la cobertura del SIS.

El Perú es uno de los pioneros de América Latina en la implementación de programas sociales de medi-

<sup>20</sup> OPS (1998) *op. cit.*

<sup>21</sup> Boulet, Pascale (2001) *op. cit.*

<sup>22</sup> Base de Datos de Servicio de Medicinas ProVida.

<sup>23</sup> MINSA-OPS (2002) *Análisis y tendencias en la utilización de servicios de salud. Perú 1985-2002.*

camentos. Desde inicios de la década de 1960, el Ministerio de Salud implementó programas sucesivos de suministro de medicamentos esenciales (en 1962, 1971, 1980, y 1985)<sup>24</sup>, con el objetivo común de mejorar las condiciones de acceso y abastecimiento para los sectores excluidos y la red pública de salud. En 1994, el MINSa creó el Programa de Administración Compartida de Farmacias (PACFARM) para lograr la distribución de 63 medicamentos esenciales y mejorar la disponibilidad de los mismos a precios más bajos que los del sector privado, en los establecimientos de primer nivel de atención del MINSa. Además del PACFARM, programas nacionales como los de tuberculosis, malaria, entre otros, también contemplaban la prestación farmacéutica gratuita. A ellos se añadió el Seguro Escolar Gratuito (1997) y el Seguro Materno Infantil (1999). La sucesión de programas, la multiplicación de mecanismos de suministro de medicamentos dirigidos por diversas instituciones de alcance nacional, regional y local, y las ineficiencias resultantes de este sistema son un claro ejemplo de los riesgos que surgen cuando no hay una política nacional de medicamentos única y claramente definida.

En el año 2001, el MINSa creó el Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico Quirúrgicos (SISMED) con el objetivo de integrar las diversas modalidades de suministro de los diversos Seguros y Programas en una sola administración para mejorar el acceso de los sectores excluidos a los medicamentos esenciales. Si bien el SISMED es un avance con respecto a las formas de gestión anteriores, solo implicó la mejoría en la atención de las necesidades del 29% de la población<sup>25</sup>. Ello se debe a que el sistema no incluye el abastecimiento de medicamentos del Seguro Social (EsSALUD) ni del sector privado.

La reciente evolución de la legislación andina en torno a las patentes de medicamentos nuevos —en el

caso de los medicamentos esenciales solo se aplica a algunos como los antiretrovirales— constituye un desafío importante para el acceso a los mismos en el Perú. Hasta 1991, la CAN excluyó los productos farmacéuticos de las listas de patentes, en concordancia con la historia de la región de protección del interés público. En 1991, la Decisión 311 (1991) de la CAN introdujo la patentación de innovaciones farmacéuticas. Tres años después, la Decisión 344 (1994) estableció que las innovaciones relativas a los productos farmacéuticos en la lista de medicamentos esenciales de la OMS no serían patentables. Esta decisión fue complementada por la Ley de Propiedad Intelectual del Perú (Decreto Legislativo N° 823) en 1996, con el objetivo de evitar la fijación de precios abusivos para los medicamentos esenciales. Posteriormente, en el año 2000, la CAN adoptó la Decisión 486 en seguimiento a los compromisos aceptados en el marco de la OMC referidos a la implementación del Acuerdo sobre Derechos de Propiedad Intelectual Referidos al Comercio (ADPIC).

En la actualidad, la mayoría de los medicamentos esenciales comercializados en el Perú no están protegidos por patentes básicas. Una revisión de solicitudes de patentes en INDECOPI muestra que la mayoría de patentes otorgadas por este organismo corresponde a invenciones secundarias relacionadas con medicamentos esenciales<sup>26</sup>. Buscando paliar el posible impacto de incremento de precios que pueda provocar la implementación del ADPIC, desde el año 2003 el Perú inició una negociación conjunta —en el ámbito de los países pertenecientes al Organismo Andino de Salud (ORAS-CONHU, que incluye a Chile), México, Argentina, Uruguay y Paraguay— con las empresas farmacéuticas pertinentes para acordar la reducción de precios de medicamentos antirretrovirales. La negociación arrojó compromisos positivos en materia de reducción de precios, los que empiezan a ser aprovechados por los países.

<sup>24</sup> Phang Romero, Carmen (2002) “Reforma del sector salud y la política farmacéutica en el Perú”, *Cad Saúde Pública*, vol. 18, N° 4, Río de Janeiro (julio/agosto), pp. 1121-1138 <www.scielo.br>.

<sup>25</sup> MINSa-OPS, *op. cit.*

<sup>26</sup> Boulet, *op. cit.*

## Meta 18

En cooperación con el sector privado, hacer que los beneficios de las nuevas tecnologías sean accesibles, en particular los de las tecnologías de la información y de las comunicaciones (TICs).

### TELEFONÍA

En los últimos diez años, el Perú avanzó significativamente en la expansión y tecnificación de las redes de telecomunicaciones. En telefonía, el número de líneas de la red fija a nivel nacional aumentó de 759.191 en 1994 a 1'656.624 en el 2002. En el mismo período, las líneas de la red móvil crecieron de 52.000 a 2'306.943 a nivel nacional (más de 4.300%), sobrepasando a la red fija. El relativo estancamiento de la red fija desde 1997 se explica, particularmente, por el hecho del aún elevado alto costo de la renta básica. En cuanto a la participación en este sector, en la actualidad son siete empresas con concesión para operar en la red fija, pero de las cuales una sola concentra el 99,37% de las líneas en servicio.

La tasa de penetración del país ha mejorado sustancialmente en la última década —de 3,43 líneas de redes fija y móvil por cada 100 habitantes en 1994 a 14,71 líneas en el 2002— pero sigue siendo baja en comparación con otros países de la región, y con el promedio de aquellos países con niveles de ingreso similares<sup>27</sup>. Más aún, al igual que en la mayoría de indicadores, dicha tasa es extremadamente desigual; por ejemplo, mientras que en Lima hay 34,38 líneas telefónicas por cada 100 habitantes, en Apurímac y Amazonas hay poco menos de 2, y en Huancavelica solo hay 0,62.

En el ámbito de la telefonía social, cuya expansión es crucial en un país con los niveles de pobreza y exclusión del Perú, se observa un crecimiento positivo de 730% en el número de líneas de teléfonos públicos (de 0,6 líneas en servicio por cada 1.000 habitantes en 1994 a 4,22 en el año 2002) desde la privatización de las empresas de telefonía. Sin embargo, nuevamente se observa una gran diferencia en la distribución regional

de dichas líneas: 6,6 por cada 1.000 habitantes en Lima versus 0,3 en otros departamentos en el año 2002.

### INTERNET Y PCs

La apertura del sector de telecomunicaciones tuvo efectos positivos en la utilización de las TICs en el Perú. El número de suscriptores de Internet creció en más de 100% entre 2001 y 2002, de casi 200 mil a más de 400 mil. Alrededor de 7% de los hogares de Lima Metropolitana tuvo acceso a Internet en el 2002. De acuerdo con OSIPTEL, en el 2000 había 4,8 PCs por cada 100 habitantes. La misma fuente calcula que 15% de los hogares de Lima Metropolitana tenían una PC en el 2000. Este porcentaje se explica por el alto número de hogares pobres y empobrecidos, con ingresos deprimidos, y sin acceso al crédito. Por ejemplo, una PC con un precio de US\$ 1.000 es equivalente a cerca de 600% de los ingresos de los quintiles inferiores. También es equivalente a poco menos del 80% del ingreso del hogar mensual del segundo quintil superior.

En contraste con un niveles bajos de acceso privado a los TICs, el acceso comunitario es elevado. Ello se debe al fenómeno de auge de las cabinas públicas de Internet. OSIPTEL<sup>28</sup> calcula que había 417 cabinas públicas en 1999; dicho número se incrementó a 1973 en el 2001. De acuerdo con información proporcionada por Apoyo Opinión y Mercado, más de 80% de los usuarios de Internet acceden a través de cabinas públicas. De esta manera, se tiene que hay una expansión del conocimiento y capacidades de utilización de TICs aún en los niveles de ingreso más bajos de la población.

El modelo de cabina pública fue implementado a mediados de la década de 1990 con fines de desarro-

<sup>27</sup> Para los cuales la ITU estima tasas de penetración cercanas a 25 líneas telefónicas por cada 100 habitantes.

<sup>28</sup> OSIPTEL (2003) *La situación de Internet en el Perú*, Documento de Trabajo, Lima (febrero).

llo<sup>29</sup>. Posteriormente fue copiado por el microempresariado informal de las zonas de clase media y clase media baja, y se convirtió en un boom. Las cabinas ofrecen acceso barato (0,30 centavos de US\$ la hora), y para utilizarlas los usuarios no necesitan tener una PC, conexión de Internet ni línea de teléfono. La prolifera-

ción de cabinas ha motivado el desarrollo de servicios y productos convergentes como *software* producido localmente, ensamblaje de computadoras, y capacitación en el manejo de los TICs. Este último es percibido como una escalera de movilización social hacia arriba por los estratos de ingresos medios-bajos. ■

---

<sup>29</sup> La Red Científica Peruana (RCP) inauguró la primera cabina pública de Internet en Lima en 1994. Recientemente el Banco Mundial designó esta modalidad como la más viable para los países en desarrollo. Actualmente RCP está exportando el modelo a países de América Latina y África.

## ¿Cómo alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el Perú?





# ¿Cómo alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el Perú?

## Predicción de cumplimiento de los cinco primeros ODMs

Esta sección presenta los resultados principales de un primer esfuerzo por predecir el cumplimiento de los ODMs. Desarrollado por el CIUP<sup>1</sup> a la luz de un Convenio de Cooperación entre esta institución y el PNUD, el modelo elaborado utiliza diversos referentes bibliográficos<sup>2</sup> para evaluar la probabilidad de cumplimiento de los cinco primeros ODMs<sup>3</sup> en el año 2015. El modelo también hace una valoración preliminar de los costos monetarios que esto implicaría.

El esfuerzo por predecir el cumplimiento de los ODMs permite identificar medidas políticas generales conducentes al logro de las metas delineadas a partir de los resultados de la aplicación del modelo y los datos disponibles. No es su objetivo abordar la problemática de los procesos de formulación y ejecución de las decisiones sobre políticas, ni proponer recetas específicas sobre el cómo y el qué detallado de dichas políticas. Sí lo es que los resultados del macromodelo elaborado constituyan una base sólida para la generación de un debate nacional informado, amplio y legítimo sobre las políticas y condiciones necesarias para avanzar hacia el cumplimiento de los ODMs.

El trabajo desarrollado por el CIUP se basa en información estadística proporcionada por el INEI y corroborada por los grupos de trabajo formados para realizar los diagnósticos de cada ODM. La versión final del documento de predicción y costeo fue discutida y evaluada por expertos del BCR, el MEF, la Pontificia Universidad Católica del Perú y la División de Pobreza de las oficinas del PNUD en Nueva York. Asimismo, recibió comentarios de los representantes del Fondo Monetario Internacional (FMI) y del Banco Mundial (BM) en el Perú.

Sin desconocer la importancia de la bibliografía del desarrollo acerca del impacto del crecimiento económico en la reducción de la pobreza<sup>4</sup>, el trabajo constituye un esfuerzo importante por integrar elementos macroeconómicos y microeconómicos que permiten una mayor rigurosidad metodológica en la medición de los avances del país hacia los ODMs. En este sentido, se espera que el modelo se convierta en una herramienta útil para los esfuerzos regionales sobre proyección del cumplimiento de los ODMs y el apoyo al diseño de políticas económicas y sociales más efectivas.

<sup>1</sup> El equipo responsable de la elaboración del modelo estuvo conformado por los profesores Arlette Beltrán, Juan F. Casto, Enrique Vásquez y Gustavo Yamada, quienes fueron asistidos por José Gallegos, Pablo Lavado y Diego Winkelried.

<sup>2</sup> La publicación de PNUD, CEPAL, IPEA (2002) *Hacia el objetivo del milenio de reducir la pobreza en América Latina*, Santiago de Chile, CEPAL, constituye el referente conceptual principal del modelo elaborado por el CIUP.

<sup>3</sup> (1) Erradicar la pobreza extrema y el hambre; (2) lograr la educación primaria universal; (3) promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer; (4) reducir la mortalidad en la infancia y (5) mejorar la salud materna.

<sup>4</sup> Basada generalmente en modelos de equilibrio general con agentes diferenciados.

El macromodelo elaborado se presenta como un *puzzle* que consta de dos partes. La primera parte de la convicción de que la pobreza no se resuelve únicamente con políticas sociales asistencialistas y plantea un modelo que identifica las combinaciones de crecimiento económico y redistribución del ingreso que se requerirían para reducir a la mitad la incidencia de la pobreza en el año 2015. La segunda propone modelos parciales que permiten conocer qué variables de las políticas específicas en las áreas de nutrición, educación y salud producirían cambios relevantes en los indicadores de los ODMs pertinentes. El *puzzle* se arma al integrar los modelos que hacen visibles las interrelaciones entre el crecimiento, la redistribución y las acciones de políticas específicas.

Paralelamente a este trabajo, se considera oportuno mencionar que se viene desarrollando bajo los auspicios del BM un modelo que explora los determinantes de la pobreza y la distribución del ingreso desde un enfoque microeconómico<sup>5</sup>. Ambos modelos son complementarios y concuerdan en sus hallazgos a pesar de la utilización de metodologías diferentes.

## HALLAZGOS PRINCIPALES

El modelo de predicción sobre el cumplimiento de los cinco primeros ODMs en el Perú enfatiza la necesidad de que se den las siguientes condiciones:

- Crecimiento económico pro pobres (es decir, que los frutos del crecimiento lleguen a los pobres al menos en la misma medida proporcional en que llegan al resto de la población)<sup>6</sup>.

- Redistribución de los ingresos, entendida como la reasignación de los mismos con el objetivo de mejorar la equidad y, por lo tanto, incrementar el bienestar de los pobres.
- Aplicación de medidas de política social específicas para atender las necesidades de los pobres, con enfoques de derechos, género e interculturalidad.

Estas tres condiciones son necesarias para situar al país en una trayectoria convergente con el avance hacia los ODMs y requieren del compromiso colectivo de los actores estatales, el sector privado, la sociedad civil y la cooperación internacional. Asimismo, son necesarios cuatro requisitos importantes. En primer lugar, es indispensable armonizar las políticas entre sí, por lo que se requiere contar con herramientas que permitan integrarlas. En segundo lugar, las personas y organizaciones que tengan la responsabilidad de tomar las decisiones sobre las políticas deben centrar su atención en los pobres y en la reducción de sus carencias. En tercer lugar, las instituciones deberán seguir reformándose y acercándose cada vez más a las poblaciones objetivo, a fin de asegurar que los resultados de las políticas generen un país más equitativo y solidario. En cuarto lugar, la combinación armonizada de las políticas debe darse en un contexto de prudencia monetaria, fiscal y financiera que garantice la estabilidad macroeconómica y disminuya la vulnerabilidad del país, así como de fortalecimiento institucional que conlleve a una mayor eficiencia y competitividad en el funcionamiento de los mercados.

Para alcanzar los ODMs en el Perú es indispensable integrar políticas de crecimiento pro pobres, políticas redistributivas y políticas sociales específicas. Las me-

<sup>5</sup> Sosa-Escudero, Walter y Leonardo Lucchetti (2004) "Exploring the Determinants of Poverty and Income Distribution in Peru: A Microeconomic Approach" (trabajo en proceso).

<sup>6</sup> La literatura sobre desarrollo reciente tiene varias definiciones de crecimiento económico pro pobres. En un extremo se encuentra la de Kray (*When is Growth Pro-poor? Cross-country Evidence*, World Bank, Research Working Paper 3225, 2003), que considera que el crecimiento es pro pobre si provoca que el indicador de pobreza de interés se reduzca (así se produzca también un deterioro en la distribución del ingreso). En el otro extremo, Kakwani y Pernia ("What is Pro-poor Growth?", *Asian Development Review*, vol. 18, N° 1, 1999) postulan que existe crecimiento pro pobres si ocurre simultáneamente un mejoramiento de la distribución del ingreso. El modelo propone una definición intermedia de crecimiento pro pobres: aquel que hace posible que los ingresos de los pobres crezcan en la misma proporción que el ingreso agregado de la economía y, por lo tanto, que no exista un deterioro en la distribución. En palabras técnicas equivalentes, se trata de un escenario de "crecimiento económico neutral".

didadas aisladas, unidireccionales, son extremadamente costosas e insuficientes para cumplirlos.

La combinación de crecimiento económico<sup>7</sup>, redistribución del ingreso y políticas sociales específicas permite el mejoramiento de todos los indicadores relacionados con los cinco primeros ODMs, con excepción del indicador de incidencia del déficit calórico. Debido a su magnitud actual, la meta de reducción de la proporción de la población cuyo consumo de alimentos no cubre los requerimientos calóricos mínimos no se alcanza ni siquiera con tasas de crecimiento económico sostenido de 7% anual.

Bajo el supuesto de la coexistencia de las tres condiciones mencionadas, el modelo hace el esfuerzo de dar valor a los costos de alcanzar los ODMs. Dichos costos se expresan en términos de transferencias de recursos monetarios, cuyos montos varían en función a la tasa de crecimiento de la economía. A continuación se presenta la magnitud de las transferencias necesarias para cumplir las metas relacionadas con los cinco primeros ODMs:

- A una tasa de crecimiento económico promedio de 3% anual, el cumplimiento de las metas requeriría transferencias anuales de recursos cercanas al 4% del PBI. En este escenario de crecimiento económico, la desagregación de las transferencias requeridas indica que la combinación óptima que permitiría un mayor acercamiento al cumplimiento de los ODMs corresponde a una redistribución del ingreso equivalente a 3,1% del PBI y políticas sociales específicas ascendentes a cerca del 0,9% del PBI.
- A una tasa más optimista de crecimiento económico promedio de 5% anual, el cumplimiento de las metas requeriría transferencias anuales de re-

ursos cercanas al 1,4% del PBI. En este caso, las transferencias por redistribución del ingreso equivaldrían a 0,75% del PBI, mientras que las de las políticas sociales específicas serían de 0,65% del PBI. El carácter integral del modelo lleva a que mayores tasas de crecimiento resulten en reducciones en la magnitud de las políticas redistributivas y sociales específicas requeridas para alcanzar las metas.

El modelo simula la aplicación de políticas redistributivas “quitando” a cada individuo un porcentaje fijo de su ingreso y “dándole” el mismo porcentaje del ingreso promedio de la población. Esto implica una transferencia positiva de recursos para todos aquellos individuos cuyo ingreso está por debajo del promedio. En términos de las políticas que implica esta redistribución, se tiene que los mecanismos de redistribución son diversos. Para establecerlos, es necesario un debate nacional en torno a los mismos, el cual debe tomar en cuenta el contexto presupuestal nacional expresado en el Marco Macroeconómico Multianual 2004-2006 y el Presupuesto Nacional del Sector Público.

Vale la pena recalcar que las metas e indicadores trabajados por el modelo son promedios nacionales. Su desagregación por departamentos y áreas de residencia revela realidades muy disímiles, que escapan a la operativización del modelo de predicción. Por ejemplo, los resultados de la predicción del objetivo de equidad de género revelan que el crecimiento económico pro pobres es suficiente para lograr la igualdad de género en el acceso a la educación primaria y secundaria en los promedios nacionales. No hay duda de que éste no es el caso —al menos no al tratarse de una meta cuantitativa a ser cumplida hacia el 2015— cuando se trabaja información más desagregada.

<sup>7</sup> Si bien el modelo no da un tratamiento detallado al tema del crecimiento, debe observarse que éste considera los impactos del mismo en la creación de empleo y en la recaudación tributaria, que deberían permitir el incremento de la inversión pública y la canalización de mayores recursos a la política social.

## AVANCES EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS ODMs

El modelo proyecta el cumplimiento de los ODMs en diversos escenarios elaborados sobre la base de la combinación de tres tipos de eventos: (i) diferentes tasas de crecimiento económico (donde las más plausibles son tasas promedio de 3% y 5% anual); (ii) ocurrencia y no ocurrencia de redistribución del ingreso; y (iii) ocurrencia y no ocurrencia de políticas sociales específicas. Los resultados principales se resumen a continuación.

### • Pobreza

La situación de pobreza nacional demanda vigorosas políticas de Estado. El crecimiento económico por sí mismo —inclusive si fuera insólitamente alto y sostenido— sería insuficiente para reducir los niveles de pobreza de acuerdo con la meta planteada. Esto se debe a que la gran desigualdad imperante en el país impide que la población más necesitada se beneficie directamente del crecimiento. Solo con un crecimiento de 5% anual se reduciría la pobreza total a 31,4% en el 2015. Para llegar a la meta de reducción de la pobreza crítica a nivel nacional, por lo tanto, se necesita una redistribución activa del ingreso (la desigualdad debería reducirse al menos en 6%). En la medida en que el crecimiento económico esté sesgado hacia sectores extractivos como la minería, los requerimientos de redistribución se incrementan.

### • Educación

Para cumplir el objetivo de universalizar el acceso a la educación se requiere una fuerte y constante inversión del Estado. El crecimiento económico previsto por sí solo ayudará pero no será suficiente. Si bien la meta de universalización de la educación primaria será cumplida en un futuro muy cercano, el cumplimiento del resto de indicadores pertinentes presentados en los cuadros 14 y 15 requiere de tasas de crecimiento económico no inferiores al 3%, junto con una redistribución activa de los ingresos y políticas específicas de incremento del gasto. Se debe atender no solamente los costos de

infraestructura y servicios, sino también costos familiares asociados, tales como uniformes, calzado, libros y textos, útiles, matrícula, cuota de APAFA y otros.

Adicionalmente, el gran reto para el 2015 es elevar la calidad de la educación primaria ofrecida, meta que requiere una inversión pública de mayor volumen bajo la forma de políticas específicas en el sector educativo. Más allá de la oferta educativa del Estado se plantea la cuestión de la situación socioeconómica deprimida de los niños y niñas expuestos a la desaprobación o la deserción escolar. El vínculo entre mejora de la educación y combate a la pobreza y la exclusión es estrecho.

### • Hambre

Reducir el hambre en el Perú requerirá de un esfuerzo de redistribución y políticas específicas adicionales. Con un crecimiento económico anual de 5%, la desnutrición global no disminuiría en la medida suficiente para llegar a la meta de 5,4%. Tampoco se lograría si el crecimiento económico es combinado exclusivamente con una redistribución del ingreso. Se hace necesario, por lo tanto, priorizar la meta de reducción de la desnutrición global e implementar políticas sectoriales específicas que contemplen los siguientes aspectos: (i) la cobertura del acceso a agua potable y a los servicios básicos de saneamiento; (ii) la cobertura de servicios de salud de madres y niños y niñas menores de 5 años; (iii) la inversión en programas públicos de alimentación infantil complementaria; y (iv) el nivel educativo de la madre.

### • Salud materna

La meta de reducción de la mortalidad materna se alcanzaría en el 2015, si al crecimiento económico y redistribución del ingreso se añaden políticas específicas sectoriales. Dado el carácter integral del modelo, muchas de ellas ya fueron incluidas en los condicionales de logro de las metas anteriores. Además se considera necesario implementar programas y políticas que incrementen: (i) el número de partos asistidos por profesionales de salud calificados, especialmente en áreas

excluidas donde se concentra la mayor cantidad de muertes maternas; (ii) el número de controles prenatales efectuados por profesionales de salud calificados<sup>8</sup>; (iii) la calidad de la infraestructura y atención de los establecimientos de salud, lo cual exige un enfoque intercultural en áreas excluidas; (iv) la cobertura del acceso a agua potable y a servicios básicos de saneamiento; y (v) el nivel educativo de la madre.

### • **Mortalidad en la infancia**

La meta de reducción de la mortalidad infantil y en menores de 5 años se alcanzaría antes del 2015, si al

crecimiento económico y redistribución del ingreso se añaden políticas específicas sectoriales. Adicionalmente a las señaladas anteriormente, que de acuerdo con el funcionamiento del modelo asegurarían el cumplimiento de la meta, se reconoce la importancia de la lactancia materna como una variable con gran impacto en la reducción de la mortalidad infantil.

La reducción de la mortalidad infantil tiene como condición el desarrollo de medidas específicas para reducir la alta tasa de mortalidad perinatal (38% de las muertes infantiles), así como los altos niveles de mortalidad en áreas excluidas, rurales e indígenas. ■

---

<sup>8</sup> Idealmente, la atención completa a la madre durante el embarazo y el parto incluye seis controles prenatales realizados por un profesional calificado, exámenes de sangre y peso, y parto asistido por un profesional calificado.

## Cuadro 29

## Resumen de resultados de la proyección de cumplimiento de ODMs (sin redistribución de los ingresos)

Indicadores	Situación reciente	Meta	Sin redistribución			
			3%		5%	
			Sin políticas sociales	Con políticas sociales	Sin políticas sociales	Con políticas sociales
Incidencia de la pobreza (línea de pobreza crítica del INEI) (%)	54,31	27,27	45,45	45,45	31,45	31,45
Coefficiente de la brecha de pobreza	20,76	n.d.	15,87	15,87	9,82	9,82
Proporción del consumo nacional del quintil inferior (%)		n.d.				
Niños menores de 5 años con peso inferior al normal (%)	7,07	5,40	6,60	5,40	6,18	5,40
Hogares por debajo del consumo mínimo de calorías (%)	35,80	11,15	31,82	16,09	24,44	13,99
Tasa neta de matrícula primaria (%)	89,52	100,00	92,58	99,52	96,09	99,61
Niños (6-11 años) que cursa algún grado de primaria en edad normativa (%)	56,62	n.d.	61,43	66,42	65,78	68,88
Niñas (6-11 años) que cursa algún grado de primaria en edad normativa (%)	56,51	n.d.	63,19	76,58	70,18	79,33
Tasa de conclusión neta primaria (%)	34,86	44,14	41,95	44,16	51,09 <sup>1</sup>	50,74 <sup>1</sup>
Tasa de alfabetización (15-24 años) (%)	96,64	100,00	96,95	100,00	97,44	100,00
Relación niñas/niños (6-11 años) que cursa algún grado de primaria en edad normativa	0,9663	1,00	1,01 <sup>2</sup>	1,13 <sup>3</sup>	1,05 <sup>4</sup>	1,13 <sup>4</sup>
Relación niñas/niños (12-17 años) que cursa algún grado de secundaria en edad normativa	1,01	1,00	1,00	1,01	1,01	1,01
Relación mujeres/hombres con educación superior	0,9893	1,00	0,9803	0,99	0,9861	1,00
Relación tasa de alfabetización mujeres/hombres (15-24 años)	0,9785	1,00	0,9810	1,00	0,9858	1,00
Proporción de mujeres empleadas en el sector no agrícola	0,4235	n.d.	0,4260	0,4283	0,4275	0,4279
Razón de mortalidad de niños menores de 5 años (x 1.000)	47,00	27,00	37,67	10,03 <sup>3</sup>	36,96	10,50 <sup>3</sup>
Razón de mortalidad infantil (x 1.000)	33,00	19,00	25,23	5,3 <sup>3</sup>	24,90	5,90 <sup>3</sup>
Niños vacunados contra el sarampión (%)	71,90	n.d.	72,02	76,40	72,02	76,40
Razón de mortalidad materna (x 1.000)	185,00	66,25	214,60	66,11	198,89	66,12
Partos asistidos por personal especializado (%)	59,30	n.d.	63,62	93,89	66,23	93,52

<sup>1</sup> La meta para este indicador es alcanzada en el año 2010.

<sup>2</sup> La meta para este indicador es alcanzada en el año 2012.

<sup>3</sup> La meta para este indicador es alcanzada en el año 2009.

<sup>4</sup> La meta para este indicador es alcanzada en el año 2008.

## Cuadro 30

## Resumen de resultados de la proyección de cumplimiento de ODMs (con redistribución de los ingresos)

Indicadores	Situación reciente	Meta	Con redistribución			
			3%		5%	
			Sin políticas sociales	Con políticas sociales	Sin políticas sociales	Con políticas sociales
Incidencia de la pobreza (línea de pobreza crítica del INEI) (%)	54,31	27,27	27,14	27,14	27,24	27,24
Coefficiente de la brecha de pobreza	20,76	n.d.	3,92	3,92	6,88	6,88
Proporción del consumo nacional del quintil inferior (%)		n.d.	8,82	8,82	5,65	5,65
Niños menores de 5 años con peso inferior al normal (%)	7,07	5,40	6,45	5,40	6,12	5,40
Hogares por debajo del consumo mínimo de calorías (%)	35,80	11,15	29,71	16,68	23,70	13,98
Tasa neta de matrícula primaria (%)	89,52	100,00	93,57	99,54	96,22	99,62
Niños (6-11 años) que cursa algún grado de primaria en edad normativa (%)	56,62	n.d.	64,10	66,25	66,31	69,36
Niños (6-11 años) que cursa algún grado de primaria en edad normativa (%)	56,51	n.d.	66,75	78,14	70,91	79,84
Tasa de conclusión neta primaria (%)	34,86	44,14	45,60 <sup>1</sup>	45,04	51,98 <sup>2</sup>	51,64 <sup>2</sup>
Tasa de alfabetización (15-24 años) (%)	96,64	100,00	97,00	100,00	97,45	100,00
Relación niñas/niños (6-11 años) que cursa algún grado de primaria en edad normativa	0,9863	1,00	1,02 <sup>3</sup>	1,13 <sup>3</sup>	1,05 <sup>4</sup>	1,13 <sup>4</sup>
Relación niñas/niños (12-17 años) que cursa algún grado de secundaria en edad normativa	1,01	1,00	1,00	1,00	1,01	1,01
Relación mujeres/hombres con educación superior	0,9693	1,00	0,9830	1,00	0,9869	1,00
Relación tasa de alfabetización mujeres/hombres (15-24 años)	0,9785	1,00	0,9814	1,00	0,9858	1,00
Proporción de mujeres empleadas en el sector no agrícola	0,4235	n.d.	0,4263	0,4266	0,4276	0,4279
Razón de mortalidad de niños menores de 5 años (x 1.000)	47,00	27,00	37,26	10,05 <sup>4</sup>	36,86	10,51 <sup>4</sup>
Razón de mortalidad infantil (x 1.000)	33,00	19,00	25,06	5,40 <sup>4</sup>	24,86	5,90 <sup>4</sup>
Niños vacunados contra el sarampión (%)	71,90	n.d.	72,02	76,40	72,02	76,40
Razón de mortalidad materna (x 1.000)	185,00	66,25	211,17	66,19	197,58	66,20
Partos asistidos por personal especializado (%)	59,30	n.d.	64,76	93,97	66,61	93,57

<sup>1</sup> La meta para este indicador es alcanzada en el año 2014.

<sup>2</sup> La meta para este indicador es alcanzada en el año 2010.

<sup>3</sup> La meta para este indicador es alcanzada en el año 2009.

<sup>4</sup> La meta para este indicador es alcanzada en el año 2008.

## Lista de ODMs, metas e indicadores

ODMs y metas	Indicadores
<p><b>ODM 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre.</b></p> <p>Meta 1: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a la línea de pobreza nacional.</p> <p>Meta 2: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Porcentaje de la población que está por debajo de la línea de pobreza nacional.</li> <li>2. Coeficiente de la brecha de pobreza.</li> <li>3. Proporción del consumo nacional que corresponde al quintil más pobre de la población.</li> <li>4. Porcentaje de niños menores de 5 años de peso inferior al normal.</li> <li>5. Porcentaje de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria.</li> </ol>
<p><b>ODM 2: Lograr la educación primaria universal.</b></p> <p>Meta 3: Velar para que, en el año 2015 los niños y las niñas puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Tasa de matrícula neta en la enseñanza primaria.</li> <li>7. Porcentaje de los estudiantes que comienzan el primer grado y llegan al quinto grado.</li> <li>8. Tasa de alfabetización de las personas de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años.</li> </ol>
<p><b>ODM 3: Promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer.</b></p> <p>Meta 4: Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de enseñanza antes del fin del año 2015.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. Relación entre niñas y niños en la educación primaria, secundaria y superior.</li> <li>10. Relación entre las tasas de alfabetización de las mujeres y los hombres de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años.</li> <li>11. Proporción de mujeres entre los empleados remunerados en el sector no agrícola.</li> <li>12. Proporción de puestos ocupados por mujeres en el parlamento nacional.</li> </ol>
<p><b>ODM 4: Reducir la mortalidad en la infancia.</b></p> <p>Meta 5: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años en dos terceras partes, entre 1990 y 2015.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>13. Razón de mortalidad en los niños y niñas menores de 5 años.</li> <li>14. Razón de mortalidad infantil.</li> <li>15. Porcentaje de niños de 1 año vacunados contra el sarampión.</li> </ol>
<p><b>ODM 5: Mejorar la salud materna.</b></p> <p>Meta 6: Reducir la razón de mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>16. Razón de mortalidad materna</li> <li>17. Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado.</li> </ol>
<p><b>ODM 6: Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades.</b></p> <p>Meta 7: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA.</p> <p>Meta 8: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>18. Tasa de morbilidad del VIH entre las mujeres embarazadas de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años.</li> <li>19. Tasa de uso de anticonceptivos.</li> <li>20. Número de niños huérfanos por causa del VIH/SIDA.</li> <li>21. Índices de morbilidad y mortalidad asociadas a la malaria.</li> <li>22. Proporción de la población de zonas de riesgo de malaria que aplica medidas eficaces de prevención y tratamiento.</li> <li>23. Tasas de morbilidad y mortalidad asociadas a la tuberculosis.</li> <li>24. Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa.</li> </ol>

## ODMs y metas

## Indicadores

### ODM 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.

Meta 9: Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales y revertir la pérdida de recursos del medio ambiente.

Meta 10: Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento.

Meta 11: Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de asentamientos humanos y tugurios.

### ODM 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

Meta 12: Desarrollar un sistema comercial abierto y no discriminatorio, basado en reglas predecibles. Desarrollar una oferta exportable competitiva y diversificada que garantice la ampliación de mercados con condiciones de reciprocidad.

Meta 13: Atender las necesidades especiales de cooperación internacional de los países en desarrollo.

Meta 14: Encarar los problemas de la deuda externa de los países en desarrollo.

Meta 15: Atender las necesidades especiales de países en desarrollo particulares (mediterráneos y pequeñas islas).

Meta 16: En cooperación con los países en desarrollo, elaborar y aplicar estrategias que proporcionen un trabajo digno y productivo para la juventud.

Meta 17: En cooperación con las empresas farmacéuticas, facilitar el acceso a los medicamentos esenciales, a precios razonables, en los países en desarrollo.

Meta 18: En cooperación con el sector privado, hacer que los beneficios de las nuevas tecnologías sean accesibles, en particular los de las tecnologías de la información y de las comunicaciones.

25. Proporción de la superficie de las tierras cubiertas por bosques.

26. Superficie de las tierras protegidas para mantener la diversidad biológica.

27. Producto bruto interno (PBI) por unidad de utilización de energía.

28. Emisiones de dióxido de carbono (per cápita).

29. Proporción de la población con acceso sostenible a mejores fuentes de abastecimiento de agua.

30. Proporción de la población con acceso a mejores servicios de saneamiento.

31. Proporción de la población con derecho seguro a la tenencia de tierra.

32. La AOD neta como porcentaje del ingreso nacional bruto (INB) de los países donantes del Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD).

33. Proporción de la AOD destinada a los servicios sociales básicos.

34. Proporción de la AOD que no está condicionada.

35. Proporción de la AOD destinada al medio ambiente en los pequeños Estados insulares en desarrollo.

36. Proporción de la AOD destinada al sector del transporte en los países sin litoral.

#### Acceso a los mercados

37. Proporción de las exportaciones admitidas libre de derechos y cupos.

38. Aranceles y cupos medios aplicados a los productos agrícolas, textiles y confecciones.

39. Subsidios a la exportación y la producción de productos agrícolas en los países de la OCDE.

40. Proporción de la AOD ofrecida para ayudar a crear la capacidad comercial.

#### Sostenibilidad de la deuda

41. Proporción de la deuda bilateral oficial cancelada de los países pobres muy endeudados.

42. Servicio de la deuda como porcentaje de las exportaciones de bienes y servicios.

43. Proporción de la AOD ofrecida como alivio de la deuda.

44. Número de países que alcanzan los puntos de decisión y de culminación en la iniciativa para la reducción de la deuda de los países muy endeudados.

45. Tasa de desempleo de las personas de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años.

46. Proporción de la población con acceso estable a medicamentos esenciales a precios razonables.

47. Número de líneas de teléfono por 1.000 habitantes.

48. Número de computadoras personales por 1.000 habitantes.

## Reconocimientos

### Coordinación y redacción del Informe de Objetivos de Desarrollo del Milenio

María Eugenia Mujica y Raúl Salazar (Oficina del Coordinador Residente).

### Participación en Comité Ejecutivo (instituciones)

Oficina del Coordinador Residente, ONUDD, OPS/OMS, PMA, PNUD, UNFPA, UNICEF, PCM, MINRREE, MIMDES, FMI, BM, BID.

### Participación en Comité de Coordinación y Seguimiento (instituciones)

Oficina del Coordinador Residente, OPS/OMS, UNFPA, UNICEF, PCM, MINRREE, MIMDES, FMI, BM, BID, Mesa de Concertación de Lucha Contra la Pobreza y Oportunidades para los Pobres, Confederación Nacional de Instituciones Empresariales Privadas (CONFIEP), Consorcio de Investigación Económica y Social, Consejo de la Prensa Peruana, Asociación Nacional de Centros, DFID, USAID, Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI), Unión Europea.

### Participación en Grupos de Trabajo (personas e instituciones)

#### ODM 1

**Luis Vargas Aybar (PNUD), Ramón Cisneros (PMA)**, Héctor Ramos (participó por UNFPA), Manuel Tristán (UNICEF), Margarita Petrera (OPS), Fernando Gonzales (OPS), Héctor Wong (ONUDD), Jazmine Casafranca (FAO), Julia Justo (CONAM), Cirila Gutiérrez (INEI), Héctor Benavides (INEI), Liliana Miranda (MINEDU), Félix Miranda (MINVIV), Rommy Torres (MINVIV), Andrés Pardo y Guillermo Carpio (MINAG/PRONAMCHCS), Luis Palma (MINAG/INRENA), Mario Aguirre (MINAG/INRENA), Luis Miguel León (MINSAL), Lucy del Carpio (MINSAL), Luisa Sacieta (MINSAL), Olenka Ochoa (MIMDES), Jaime Johnson (PCM/CIAS), Luis Manrique (PCM/CIAS), Alberto García (PCM/CIAS), Rossana Mostajo (PCM/CIAS), Milagro Núñez (PCM/CIAS), Mary Ann Silva (MINRREE), Vicente Rojas (MINRREE), Pedro Francke (participó por BM), Juan Pablo Severi (BID).

#### ODM 2

**Sofía Westberg (UNICEF)**, Patricia Uribe (UNESCO), César Picón (UNESCO), Livia Benavides (Banco Mundial), Pedro Francke (por el Banco Mundial), Silvia Anicama (PNUD), Liliana Miranda (MINEDU), Vanetty Molinero (MINEDU), Natalia Streuli (MIMDES), Liliana Prado (Red Nacional de Educación de la Niña – FLORECER), Mary Ann Silva (MINRREE), Silvia Ochoa (consultora).

#### ODM 3

**Marilú Wiegold (UNICEF), Rosa Dierna (OPS)**, Anna Bjornberg (PNUD), Elena Ramos (participó por UNFPA hasta fin de 2003), Cirila Gutiérrez (INEI), Patricia Valdivia (MINEDU), Cholly Farro (MINEDU), Mary Ann Silva (RREE), Silvia Loli (Manuela Ramos), Ana María Robles (Care Perú), Ana Tallada (RNPM), Alejandro Bardales (consultor).

#### ODM 4

**Lucila Sierra (UNICEF)**, Miguel Dávila (OPS/OMS), Carlos Urbano (MINSAL), Laura Altobelli (Futuras Generaciones), Luis Huicho (Instituto Nacional del Niño), Nelly Baiocchi (Universidad Cayetano Heredia), Herminio Hernández (Universidad Cayetano Heredia), Juan Pablo Murillo (consultor).

#### **ODM 5**

**Genny Martínez (UNFPA)**, Mario Tavera (UNICEF), Edgar Ramírez (OPS), Alicia Alemán (PNUD), Luisa Sacieta (MINSa), Lucy del Carpio (MINSa), Cirila Gutiérrez (INEI), Luis Manrique (PCM).

#### **ODM 6**

**Rubén Figueroa (OPS)**, **Fernando Gonzales (OPS)**, Mario Tavera (UNICEF), Hugo Manrique (MINSa), Haroldo Salazar Rossi (AIDSESP), Juan Reátegui Silva (Director del Programa de Salud Indígena de AIDSESP), Elena Ramos (UNFPA), Gilbert Ramos (MINSa), Luis Miguel León García (MINSa), Yenny Herrera Hurtado (MINSa), Milagros Núñez (PCM), Juan Arroyo (consultor)

#### **ODM 7**

**Raúl Tolmos (PNUD)**, **Homero Silva (OPS)**, Mauricio Pardón (CEPIS), Ada Castillo (INRENA), Alberto García (PCM), César Cervantes (CONAM), Mariano Castro (CONAM), Luis Palma (INRENA), Rommy Torres (MINVIV), Abraham Wong Bytton (MINVIV), Félix Miranda (MINVIV), Fredy Tejada Murillo (MINVIV), Miriam Córdova (MINVIV), Juan Carlos Campana (MINVIV), Iván La Cruz (MINVIV), Ángela Higuera (Intervida), Silvia de los Ríos (CIDAT), Rosario Santamaría (Red PVAS), Raúl Salazar (PNUD).

#### **ODM 8**

**María Eugenia Mujica (OCR)**, **Raúl Salazar (OCR)**, Eduardo Daccarett (OIT), Alejandro Midzuaray (OPS/OMS), María Eugenia Echeverría de De Pury (MINRREE), Ricardo Morote (MINRREE), Óscar Schiappa-Pietra (APCI), Edgar Vásquez (MINCETUR), Frances Pin (BCRP), Jorge Guzmán (FMI), Óscar Avalle (BM), Gonzalo Deustua (BID).

#### **Estadísticas sobre indicadores de ODMs**

Instituto Nacional de Estadística e Informática.

#### **Modelo de predicción y costeo de ODMs**

Equipo de Centro de Investigación de Universidad del Pacífico integrado por Arlette Beltrán, Juan Francisco Castro, Enrique Vásquez y Gustavo Yamada, quienes fueron asistidos por José Gallegos, Pablo Lavado y Diego Winkelried.

Se agradece de manera especial la valiosa colaboración en la revisión de los borradores de los informes del Grupo de Trabajo del ODM 7 a la CEPAL y a la Oficina Regional para América Latina de HABITAT; de la misma manera, a la Oficina Regional para América Latina de UNIFEM, por la orientación en la revisión de los borradores de los informes del Grupo de Trabajo del ODM 3. Así también, se agradece a Enrique Ganuza de la Unidad de Reducción de la Pobreza de la Oficina para América Latina y el Caribe del PNUD, por sus comentarios en la revisión de los resultados de los modelos de predicción y determinación de indicadores.

## Acrónimos y abreviaturas

AIDSESP	Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana	MIMDES	Ministerio de la Mujer y Desarrollo Humano
ANPs	Áreas naturales protegidas	MINAGRO	Ministerio de Agricultura
BCR	Banco Central de Reserva	MINEDU	Ministerio de Educación
BID	Banco Interamericano de Desarrollo	MINRREE	Ministerio de Relaciones Exteriores
BM	Banco Mundial	MINSA	Ministerio de Salud
CAN	Comunidad Andina	MINVIV	Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento
CEDAW	Convención de Naciones Unidas contra toda forma de Discriminación de la Mujer	ODM	Objetivos del Milenio
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe	OGE	Oficina General de Epidemiología
CEPIS	Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ambiental	ONG	Organización No Gubernamental
CIAS	Comisión Interministerial de Asuntos Sociales	ONNUD	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
CIUP	Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico	OPS	Organización Panamericana de la Salud
CIPD	Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo	OMS	Organización Mundial de la Salud
CND	Consejo Nacional de Descentralización	OSINFOR	Organismo Supervisor de los Recursos Forestales Maderables
COFOPRI	Comisión de Formalización de la Propiedad Informal	PBI	Producto Bruto Interno
CONAM	Consejo Nacional del Ambiente	PCM	Presidencia del Consejo de Ministros
CONAMUSA	Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud	PIO	Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres
DISAs	Direcciones de Salud	PMA	Programa Mundial de Alimentos
DFID	Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido	PNAIA	Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia
DEMUS	Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer	PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
DIGESA	Dirección General de Salud Ambiental	PNV	Plan Nacional de Vivienda
DIGEMID	Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas	PROFONANPE	Fondo Nacional para Áreas Naturales Protegidas por el Estado
DNI	Documento Nacional de Identidad	PROMUDEH	Ministerio de la Mujer y Promoción del Desarrollo Humano
DOTS	Estrategia de Control de TBC recomendada por OMS	PRONAA	Programa Nacional de Asistencia Alimentaria
ENAH0	Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza	PRONAMACHS	Programa Nacional de Manejo de Aguas y Cuencas Hidrográficas, Ministerio de Agricultura
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar	RENIEC	Registro Nacional de Identificación y Estado Civil
ENNIV	Encuesta Nacional de Hogares sobre Medición de Niveles de Vida	RNPM	Red Nacional de Promoción de la Mujer
EPS	Empresas Prestadoras de Servicios de Saneamiento	SEDAPAL	Servicio de Agua Potable y Alcantarillado de Lima
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual	SENAPA	Servicio Nacional de Abastecimiento de Agua Potable y Alcantarillado
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación	SINANPE	Sistema Nacional de Áreas Naturales protegidas por el Estado
FONAVI	Fondo Nacional de Vivienda	SIS	Seguro Integral de Salud
FONCODES	Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social	SUNASS	Superintendencia Nacional de Servicios de Saneamiento
FONDEBOSQUE	Fondo de Promoción del Desarrollo Forestal	UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
HOPE	Encuesta a Hogares de Pobreza Extrema	UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática	UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
INRENA	Instituto Nacional de Recursos Naturales	USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
INS	Instituto Nacional de Salud	VMCS	Viceministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento
IPEA	Instituto de Pesquisa Económica Aplicada	VIH/SIDA	Virus de Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
JASS	Juntas Administradoras de Servicios de Saneamiento		
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas		
MERCOSUR	Mercado Común del Sur		

## Índice de gráficos, cuadros y mapas

### Gráficos

1. Población con ingresos por debajo de la línea nacional de pobreza extrema, 2002 .....	18
2. Incidencia de la pobreza total por región geográfica, 2002 .....	19
3. Porcentaje de hogares que presentan déficit calórico, 2002 .....	22
4. Desnutrición global en menores de 5 años, por género .....	24
5. Tasa neta de matrícula en educación primaria (niños y niñas en edad normativa), 2002 .....	30
6. Tasa de repitencia por grado en educación primaria, 2000 .....	32
7. Tasas de retiro por grado en educación primaria, 2000 .....	33
8. Inversión del Gobierno Central en el sector educación, 2001 .....	35
9. Proporción de mujeres entre los empleados asalariados en el sector no agrícola, 2002 .....	40
10. Relación niñas-niños por nivel educativo .....	41
11. Relación porcentual entre la tasa de deserción de niñas y niños de la educación primaria y secundaria .....	42
12. Relación niñas-niños en educación secundaria .....	42
13. Porcentaje de la remuneración media de las mujeres respecto a la de hombres por tipo de trabajo .....	43
14. Porcentaje de la remuneración media de las mujeres respecto a la de los hombres por nivel de educación, 2002 .....	43
15. Porcentaje de puestos ocupados por mujeres en procesos electores parlamentarios .....	44
16. Razón de mortalidad de los niños y niñas menores de 5 años, 1990 - 2000 .....	52
17. Razones de mortalidad de menores de 1 y 5 años según nivel educativo de los padres, 1990-2000 .....	54
18. Causas de mortalidad infantil, 2002 .....	55
19. Porcentaje de inversión del Gobierno Central asignada al sector salud, 1992-2001 .....	58
20. Porcentaje de partos asistidos por profesionales de la salud, 2000 .....	62
21. Causas de mortalidad materna, 2002 .....	64
22. Porcentaje de partos atendidos en establecimientos de salud según nivel socioeconómico, 2000 .....	65
23. Prevalencia de uso de anticonceptivos, 2000 .....	65
24. Porcentaje de embarazos adolescentes (15-19 años), 2000 .....	66
25. Porcentaje de uso de preservativos dentro de la tasa de uso de anticonceptivos, 2000 .....	72
26. Casos de VIH/SIDA por edad y sexo, 1983-2004 .....	73
27. Prevalencia de VIH/SIDA en mujeres gestantes de 15 a 24 años .....	74
28. Porcentaje de uso de preservativos dentro de tasa de uso de anticonceptivos en mujeres de 15 a 49 años .....	74
29. Razón hombre/mujer por grupos de edad entre los casos notificados de SIDA .....	75
30. Indicadores epidemiológicos de malaria. Tendencia IPA, IVA, IFA, 1980 - junio 2003 .....	79
31. Mortalidad por malaria, 1994 - 2003 .....	79
32. Morbilidad e incidencia de TBC .....	80
33. Número de casos diagnosticados y tratados por TBC, 1980 - 2002 .....	81
34. Localización de bosques .....	87
35. Aptitud de tierras .....	87
36. Porcentaje de la población con acceso a mejores fuentes de abastecimiento de agua, 2002 .....	98
37. Acceso al agua y a los servicios de saneamiento, 2000 .....	100
38. Déficit de vivienda .....	104
39. Carencias de viviendas urbanas, 2001 .....	104
40. Tipo de déficit cualitativo, 2001 .....	105

41. Evolución del saldo e intercambio comercial .....	110
42. Evolución de la deuda externa pública .....	116
43. Servicio de la deuda pública externa .....	117
44. Tasas de desempleo .....	119

## Cuadros

1. Incidencia de la pobreza .....	19
2. Distribución de la pobreza por género en hogares monoparentales, 2001 .....	21
3. Insuficiencia ponderal .....	23
4. Déficit calórico .....	23
5. Situación actual de la educación .....	31
6. Relación niñas-niños en el sistema educativo .....	41
7. Proporción de mujeres entre empleados asalariados del sector no agrícola .....	41
8. Relación entre tasas de alfabetismo de mujeres a hombres, 2002 .....	42
9. Mortalidad en la infancia .....	53
10. Niños y niñas de 1 año vacunados contra el sarampión .....	53
11. Salud materna .....	63
12. VIH/SIDA y uso de preservativos .....	73
13. Fuentes financieras del SINANPE, 2000 .....	89
14. Valores cuantitativos (TJ/10 dólares de 1994) .....	90
15. Valores cuantitativos (en toneladas de CO <sub>2</sub> equivalentes per cápita) .....	90
16. Emisiones de clorofluorcarbonos (CFCs) y halones .....	91
17. Emisiones de otros CFCs y CCl <sub>4</sub> .....	91
18. Emisiones de CH <sub>3</sub> -Cl <sub>3</sub> y CFC .....	91
19. Emisiones de CH <sub>3</sub> -Br .....	91
20. Consumo de leña, carbón, bosta y yareta .....	92
21. Presupuesto del Gobierno Central para la gestión ambiental y de recursos naturales .....	96
22. Cobertura de servicios de agua potable y saneamiento .....	99
23. Marco institucional de los servicios de agua y saneamiento .....	101
24. Déficit de viviendas urbanas .....	103
25. Exportaciones agrícolas dinámicas .....	111
26. Exportaciones agrícolas que ingresan sin arancel a los países más desarrollados .....	112
27. AOD promedio por donante, 2000-2001 .....	114
28. Capacitación laboral para jóvenes .....	120
29. Resumen de resultados de la proyección de cumplimiento de ODMs (sin redistribución de los ingresos) .....	132
30. Resumen de resultados de la proyección de cumplimiento de ODMs (con redistribución de los ingresos) .....	133

## Mapas

1. Población con ingresos por debajo de la línea nacional de pobreza extrema, 2002 .....	18
2. Porcentaje de hogares que presentan déficit calórico, 2002 .....	22
3. Tasa neta de matrícula en educación primaria (niños y niñas en edad normal), 2002 .....	30
4. Proporción de mujeres entre los empleados asalariados en el sector no agrícola, 2002 .....	40
5. Razón de mortalidad de los niños y niñas menores de 5 años, 1990 - 2000 .....	52
6. Porcentaje de partos asistidos por profesionales de la salud, 2000 .....	62
7. Porcentaje de uso de preservativos dentro de la tasa de uso de anticonceptivos, 2000 .....	72
8. Porcentaje de la población con acceso a mejores fuentes de abastecimiento de agua, 2002 .....	98



*Hacia el cumplimiento de los  
Objetivos de Desarrollo del Milenio en el Perú*

fue impreso en Grobel  
Noviembre de 2004