
Presupuesto por Resultados Indicadores de Género: Educación, Salud y Programa Juntos*

Rosa Bravo

Presentación.....	293
I. Indicadores de género en actividades de educación contemplados en la implementación del presupuesto por resultados año fiscal 2007	295
II. Indicadores de género en actividades de salud contemplados en la implementación del presupuesto por resultados año fiscal 2007.....	306
III. Indicadores de género para el seguimiento del Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres “JUNTOS”	322
ANEXOS	332

* Documento publicado originalmente por el movimiento Manuela Ramos de Perú con el apoyo de del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Se reproduce de manera íntegra en la presente edición. Publicado en la página web del Sistema de las Naciones Unidas en el Perú de donde fue tomado para la presente edición: <http://www.onu.org.pe/upload/documentos/MANUELA-RAMOS-Presupuesto-por-Resultados.pdf>

PRESENTACIÓN

La educación y la salud son derechos humanos fundamentales reconocidos en los principales pactos y declaraciones internacionales. Sin una educación de calidad es imposible lograr la equidad social y la igualdad de género. Asimismo, constituye deber del Estado asegurar el acceso a servicios de salud en los que se brinde un trato digno, respetando la cultura de las personas.

La Ley de Equilibrio Financiero (Ley 28929) y la del Presupuesto del Sector Público (Ley 28927) para el ejercicio 2007, señalan once acciones que deben ser asumidas como prioritarias por los gobiernos —nacional, regionales y locales—: atención a la madre gestante, registro del nacimiento e identidad, atención del neonato menor de 29 días, atención del niño sano menor de cinco años, atención de enfermedades diarreicas agudas y enfermedades respiratorias agudas, control de asistencia de profesores y alumnos, atención educativa prioritaria a niños y niñas de cinco a siete años, formación matemática y comprensión de lectura al final del primer ciclo de primaria; supervisión, monitoreo y asesoría pedagógica y capacitación a docentes; atención a infraestructura escolar en condiciones de riesgo; y vigilancia y control de la calidad del agua para consumo humano y del Programa nacional de Apoyo Directo a los más Pobres “JUNTOS”*. Todas ellas, manda también la modificada Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto, analizadas desde su incidencia en términos de equidad de género¹. Sin embargo, en el

¹ La Ley N° 29083, iniciativa legislativa de la congresista Rosario Sasieta, aprobada en setiembre de 2007, modifica el artículo 47 inciso 4 de la ley General del Sistema Nacional de Presupuesto, Ley N° 28411, señalando que:

“En la evaluación del Presupuesto del Sector Público, las entidades públicas incorporarán, en el análisis, la incidencia en políticas de equidad de género.

El poder Ejecutivo definirá, progresivamente, las entidades públicas, y los programas, actividades y proyectos que incorporen en la evaluación presupuestal dicha incidencia”.

**Para el año fiscal 2008 se implementarán 5 programas estratégicos: salud materno neonatal, articulado nutricional, logros de aprendizaje al finalizar el III Ciclo, acceso a la identidad y acceso a servicios básicos, y oportunidades de mercado.*

transcurso del año los sectores involucrados no han construido la batería de indicadores que permitirá evaluar los cambios sufridos en la situación y contexto determinados. De ahí la importancia del presente trabajo.

Presupuesto por resultados. Indicadores de género: educación, salud y programa “JUNTOS” es, por tanto, una contribución en la lucha contra la pobreza y la desigualdad de género, pues aporta indicadores de género para las actividades de educación y salud contempladas como prioritarias en la implementación del presupuesto por resultados para el año fiscal 2007; e indicadores de género para el seguimiento del Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres “JUNTOS”.

Para la autora, la desigualdad en la distribución de los ingresos reproduce la desigualdad en la educación. Por ello, una propuesta de indicadores de género asociados a los temas del presupuesto debe incluir la diferenciación por sexo de la población, así como indicadores sobre temas o problemas adicionales que incorporen la igualdad de género en el sistema educativo.

De otro lado, desde la salud: “La educación de la madre y el orden de nacimiento son factores asociados a los diferenciales de mortalidad infantil y en la niñez”. Ambos factores, según apunta con acierto Rosa Bravo, son manifestaciones de la pobreza. Las políticas públicas que mejoren la educación de las mujeres y fomenten su capacidad para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos pueden lograr avances en la igualdad de género y disminuir la mortalidad infantil y en la niñez.

El Movimiento Manuela Ramos entrega este documento con el ánimo de aportar al desarrollo de un sistema de monitoreo de género del presupuesto público.

Lima, diciembre de 2007.

I. INDICADORES DE GÉNERO EN ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN CONTEMPLADOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PRESUPUESTO POR RESULTADOS AÑO FISCAL 2007

1. 1 Indicadores de género en materia de educación

La educación constituye uno de los derechos humanos fundamentales y uno de los principales factores para lograr la equidad social y la igualdad de género. Por ello, la necesidad de igualar las oportunidades a través de una cobertura amplia y una calidad pareja que no sea fuente de inequidades desde el inicio del proceso educativo.

El nivel y la calidad de la educación de los niños/as y jóvenes están asociados con el ingreso de sus familias de origen. La desigualdad en la distribución de los ingresos reproduce por lo tanto la desigualdad en la educación, así la persistencia de la falta de equidad, asociada al estrato social de origen indica, que en gran medida las oportunidades de bienestar de los actuales jóvenes ya quedaron plasmadas por el patrón de desigualdades prevaleciente en la generación anterior.

Los gobiernos de la región, y en particular el del Perú, reconocen el problema, asumiendo un conjunto de compromisos en materia de educación en diferentes foros mundiales y regionales, que pueden resumirse en los seis objetivos de Educación para Todos:

a) Expansión de la educación preescolar, b) Educación primaria universal, c) Expansión de la educación secundaria, d) Educación para la población adulta, e) Igualdad entre géneros y f) Calidad.

La Ley de Equilibrio Financiero (Ley 28929) y la del Presupuesto del Sector Público (Ley 28927) para el ejercicio 2007, en su implementación por resultados, prioriza a favor de la infancia rural en materia de educación las siguientes actividades:

- Control de asistencia de profesores y alumnos
- Atención educativa prioritaria a niños y niñas entre 5 y 7 años
- Formación matemática y comprensión de lectura al final del primer ciclo de primaria
- Supervisión, monitoreo, asesoría pedagógica y capacitación a docentes

- Atención a infraestructura escolar en condiciones de riesgo
- Registro de nacimientos e identidad

Los indicadores que permiten medir los problemas implícitos en la definición de esos temas se han definido como indicadores de resultado, es decir, miden el efecto que los distintos factores determinantes tienen sobre la magnitud del problema. Sin embargo, se debe tener en cuenta que las acciones políticas, solo pueden influir en los determinantes del problema para alcanzar los resultados o metas esperadas. Ello es especialmente necesario cuando se incorpora la igualdad de género como objetivo de las metas que se desean alcanzar.

Por esa razón, la propuesta de indicadores de género asociados a los temas del presupuesto no incluye solo la diferenciación por sexo de la población, sino que además incluye indicadores sobre temas o problemas adicionales que deberían tenerse en cuenta para incorporar la igualdad de género en el sistema educativo.

Desde el punto de vista conceptual los indicadores de educación deberían dar cuenta del funcionamiento y desempeño del sistema educativo, considerando los siguientes aspectos:

- a) Recursos humanos y materiales. Los indicadores de recursos humanos permiten conocer la cantidad y calidad de los recursos humanos que participan en la educación, considerados factores básicos para el desenvolvimiento del sistema educativo. Los indicadores de recursos materiales entregan información sobre su adecuación al proceso educativo.
- b) Desempeño de los sistemas educativos. Estos indicadores entregan información sobre lo que ocurre al interior del sistema de educación, incluyendo: i) indicadores de acceso y participación de la población en la educación según las distintas dimensiones de la equidad (género, geográfico, étnico-lingüístico, nivel socioeconómico); ii) indicadores relativos a la eficiencia del sistema, es decir, el modo en que funcionan los procesos educativos en cuanto a aprobación y repetición.
- c) Calidad de la educación. Considera indicadores de logro académico expresado como resultados de pruebas estandarizadas y comparables.

La propuesta de indicadores de género se organiza alrededor de estas tres áreas, ubicando en ellas los temas prioritarios para fines del presupuesto de la nación y otros temas o problemas adicionales que permitan incorporar la igualdad de género en dichos temas. Los indicadores propuestos incluyen valores cuando se dispone de la información.

1.1.1 Recursos humanos

La gran mayoría de los profesores de enseñanza inicial y primaria del Perú son mujeres, tal como se aprecia en las cifras contenidas en el cuadro siguiente. Este hecho imprime un componente especial desde una mirada de género, asociado a los obstáculos que enfrentan las mujeres para cumplir el doble rol, de trabajadora y responsable del trabajo doméstico, y de cuidado que deben realizar en beneficio de todos los miembros de su hogar; especialmente cuando están en una etapa del ciclo de vida con hijos pequeños y no tienen acceso a servicios de cuidado infantil.

Cuadro 1

PERÚ 2003. NÚMERO DE PROFESORES POR SEXO, SEGÚN NIVEL EDUCATIVO Y PORCENTAJE DE MUJERES EN CADA NIVEL

Nivel educativo	Ambos sexos	Mujeres	Hombres	%Mujeres
Inicial	51.260	48.676	2.584	95
Primaria	160.557	106.240	54.316	66

Fuente: INEI, tabulación especial de la Encuesta de Hogares 2003.

Temas priorizados en el presupuesto: supervisión, monitoreo, asesoría pedagógica y capacitación a docentes; control de asistencia de profesores

Indicadores de resultado:

- a) **Diferencial de género en las oportunidades de capacitación.**
Descripción: porcentaje de mujeres docentes capacitadas por nivel educativo menos porcentaje de hombres docentes capacitados por nivel educativo, en un período determinado.

b) Tasa de inasistencia de profesoras y profesores acumuladas en un período determinado, según razones para no asistir.

Descripción: porcentaje de días u horas acumulados de inasistencia de profesoras y profesores en un período determinado, según razones para no asistir, dividido por el total de días u horas contempladas en los programas del nivel correspondiente para el mismo período.

(Entre otras razones para no asistir se pueden considerar: problemas familiares, enfermedad y trámites personales.)

Indicadores de temas adicionales:

a) Calidad de los recursos humanos. Descripción: porcentaje de profesoras y de profesores que no cumplen con el estándar de escolaridad requerido para ejercer como docente.

La información disponible para ambos sexos, basada en el Censo Escolar 2002² muestra que el 29% de los profesores del área urbana y el 21.5% de los profesores del área rural no cumplen con el estándar de escolaridad. Por lo tanto, este conjunto de profesoras y profesores serán probablemente el principal grupo objetivo de la capacitación.

Sin embargo, las responsabilidades familiares suelen ser un obstáculo para que las mujeres participen en actividades de capacitación en horarios fuera de la jornada normal de trabajo.

b) Acceso a la capacitación.

Descripción:

Horarios en que se realiza la capacitación.

Disponibilidad de cuidado infantil para los hijos de las profesoras.

Por otra parte, para avanzar en el proceso hacia la igualdad de género es indispensable que se capacite a todos los profesores, especialmente a aquellos que trabajan con niños pequeños, para que transmitan valores y contenidos sin los estereotipos sexuales que perpetúan roles diferenciados entre mujeres y hombres.

² Ministerio de Educación. República del Perú. Unidad de Estadística Educativa. "Indicadores de la Educación Perú 2004".

c) Contenidos de la capacitación.

Descripción: medidas implementadas en los programas de capacitación de profesoras y profesores para eliminar los estereotipos sexuales en el proceso educativo.

1.1.2 Recursos materiales

Entre los recursos materiales necesarios para cumplir adecuadamente con el proceso educativo, además de los financieros, se incluyen entre otros la infraestructura de edificios escolares, los libros de texto y el material didáctico.

Tema priorizado en el presupuesto: atención a infraestructura escolar en condiciones de riesgo

Considerando las necesidades diferenciadas de niñas y niños por su condición biológica, la disponibilidad de baños exclusivos para cada sexo resulta indispensable. Por ello, los locales que no cuentan con estos servicios deberían incluirse como infraestructura en condiciones de riesgo.

Indicador de resultado:

a) Infraestructura adecuada a las necesidades específicas de niñas y niños.

Descripción: porcentaje de recintos escolares que no disponen de baños exclusivos para niñas y niños.

Indicadores de temas adicionales:

Los textos y material didáctico utilizados tradicionalmente en el proceso de enseñanza-aprendizaje son un vehículo importante de transmisión de estereotipos sexuales que reproducen roles diferentes para mujeres y hombres y que están en la base de la inserción subordinada de la mujeres en la sociedad.

a) Libros de texto y el material didáctico utilizado.

Descripción: material didáctico y lista de medidas implementadas para modificar en los textos escolares estereotipos sexuales.

1.1.3 Desempeño de los sistemas educativos

Tema priorizado en el presupuesto: Control de asistencia de alumnos y Atención educativa prioritaria a niños y niñas entre 5 y 7 años

Indicadores de resultado:

a) Diferencial de género en el acceso a la educación inicial.

Descripción: diferencia entre el porcentaje de niñas y de niños de 3, 4 y 5 años que asiste a la educación inicial.

Los antecedentes disponibles para 2003 muestran que el 61.6% de las niñas y el 62.7% de los niños entre 3 y 5 años asisten a la educación inicial. El diferencial de género es negativo para las niñas en 1.1%.³

a) Diferencial de género en la tasa de asistencia escolar de niños en edad de cursar el nivel primario.

Descripción: diferencia entre el porcentaje de niñas y de niños de 6, 7, 8, 9, 10 y 11 años que no asisten al nivel primario.

En 2003, el 95.9% de las niñas y el 96.4% de los niños en edad de cursar el nivel primario asistían a un centro educacional. El diferencial de género es negativo para las niñas en 0.5%.⁴

a) Diferencial de género en la tasa de ausentismo de niños que asisten al nivel primario.

Descripción: porcentaje de niñas que se ausentan por períodos prolongados menos el porcentaje de niños que se ausentan durante el mismo período, según razones de inasistencia.

(Entre otras razones de ausentismo se pueden considerar: trabajo en actividades domésticas y de cuidado de hermanos menores, trabajo familiar en la agricultura de subsistencia, distancia a los centros educativos y barreras de idioma.)

3 Fuente: Ministerio de Educación. República del Perú. Unidad de Estadística Educativa. "Indicadores de la Educación Perú 2004".

4 Fuente: Ministerio de Educación. República del Perú. Unidad de Estadística Educativa. "Indicadores de la Educación Perú 2004".

1.1.4 Eficiencia del sistema educativo

Debido a la repetición de grados y al ingreso tardío a la educación primaria, muchos niños no asisten al grado correspondiente a su edad. Este problema se ve reflejado en la diferencia entre las tasa bruta y neta, refiriéndose esta última a los que asisten al grado correspondiente a la edad.

Indicadores de resultado:

a) Diferencial de género en la tasa neta de asistencia escolar en primaria.

Descripción: porcentaje de niñas que asisten al nivel primario al grado correspondiente a la edad oficial menos el porcentaje de niños que asisten al nivel primario al grado correspondiente a la edad oficial.

En 2003, la tasa neta correspondiente a los niños alcanzó un valor de 93% y para las niñas de 92%. El diferencial de género es negativo para las niñas en 1%⁵.

b) Tasa de repitencia por sexo.

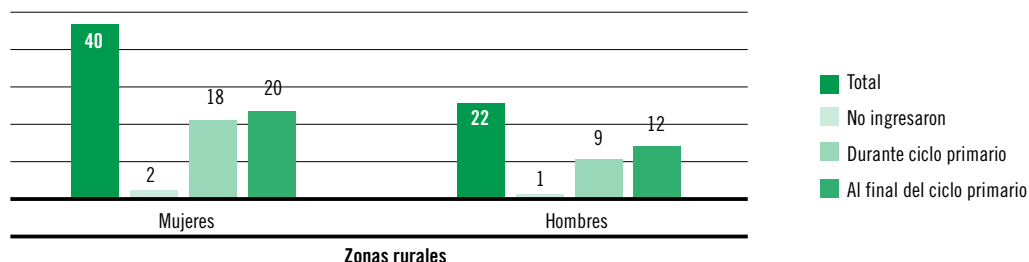
Descripción: porcentaje de niñas y niños reprobados por grados de primaria.

c) Tasa de deserción por sexo.

Descripción: porcentaje de niñas y de niños que desertan en distintos grados del nivel primario.

Como se aprecia en el gráfico siguiente, una elevada proporción de las jóvenes rurales deserta de la educación primaria. La deserción de ellas es a su vez muy superior a la correspondiente a los jóvenes.

⁵ Fuente: Ministerio de Educación. República del Perú. Unidad de Estadística Educativa. "Indicadores de la Educación Perú 2004".

Gráfico 1**PERÚ 2003. JÓVENES RURALES QUE EN 2003 TENÍAN ENTRE 15 Y 19 AÑOS Y QUE DESERTARON DURANTE O AL FINALIZAR EL CICLO PRIMARIO**

Fuente: CEPAL. Panorama social de América Latina 2006

d) Logro educativo en educación primaria.

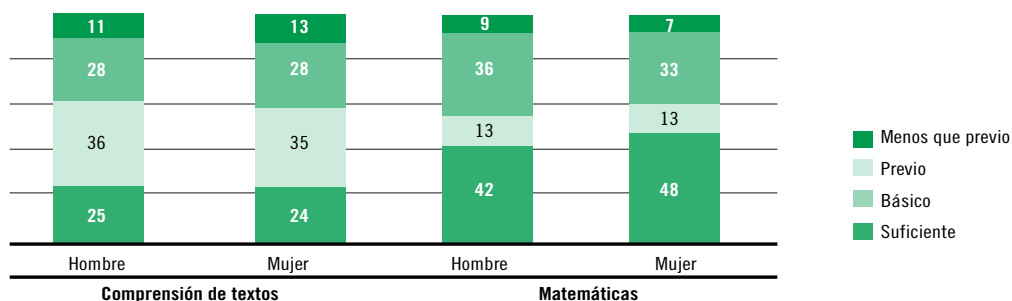
Definición: porcentaje de niñas y niños entre 11 y 13 años de edad que concluyen la educación primaria.

En 2003, el 73% de las niñas y el 72% de los niños de ese grupo etáreo habían concluido la educación primaria. La brecha de género es positiva para las niñas en 1%.

1.1.5 Calidad de la educación**Tema priorizado en el presupuesto: formación matemática y comprensión de lectura al final del primer ciclo de primaria****Indicadores de resultado:****a) Logro de aprendizaje de alumnas y alumnos que terminan la educación primaria.**

Descripción: porcentaje de niños y de niñas que terminan primaria según nivel de comprensión de textos y de matemática.

Los resultados del gráfico siguiente muestran que solo el 13% de las niñas y el 11% de los niños que terminan la enseñanza primaria tienen una comprensión suficiente de textos. En el caso de matemáticas el logro es aun menor, con 7% para las niñas y 9% para los niños.

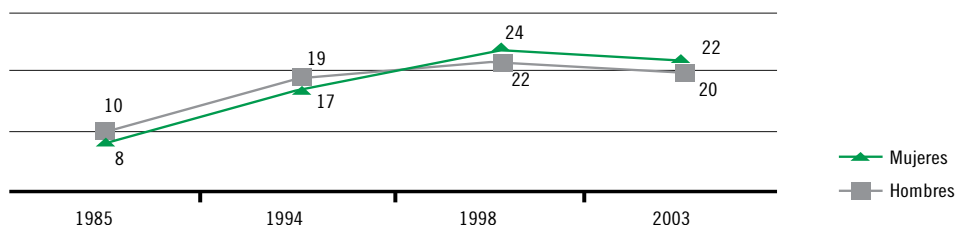
Gráfico 2**PERÚ 2001. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE NIÑAS Y NIÑOS, SEGÚN GRADO DE COMPRENSIÓN DE LECTURA Y MATEMÁTICAS**

Fuente: Ministerio de Educación (<www.minedu.gob.pe>)
Evaluación Nacional de Prueba de Rendimiento 2001.

a) Niños que se mantienen analfabetos después de dos, tres o cuatro años de escolaridad.

Descripción: porcentaje de niñas y de niños con dos, tres o cuatro años de escolaridad que no saben leer ni escribir.

Como se observa en el gráfico, es probable que se haya producido un deterioro creciente de la calidad de la educación, medida por el porcentaje de niñas y niños que con dos años de escolaridad no saben leer ni escribir.

Gráfico 3**PERÚ 2003. PORCENTAJE DE NIÑAS Y NIÑOS CON DOS AÑOS DE ESCOLARIDAD QUE NO SABE LEER NI ESCRIBIR**

Fuente: Ministerio de Educación. Unidad de Estadística Educativa.
“Indicadores de la Educación Perú 2004”

Indicadores adicionales:

La pobreza, el estado nutricional de los niños y el clima educativo del hogar son factores asociados al rendimiento escolar alcanzado por los niños.

a) Pobreza.

Descripción: porcentaje de niños y niñas en edad de cursar la enseñanza primaria que viven en hogares pobres e indigentes.

b) Estado nutricional.

Descripción: porcentaje de niñas y niños menores de 6 años y en los primeros grados de primaria con desnutrición crónica.

c) Clima educativo del hogar.

Descripción: porcentaje de madres que no han completado el nivel primario.

En síntesis, de acuerdo con el nivel de los indicadores incluidos en esta propuesta, es posible adelantar que, a nivel nacional, no existen mayores problemas con relación al acceso de los niños a la educación inicial y primaria, ni tampoco brechas de género significativas. Sin embargo, es probable que esos problemas sean parte de la realidad de los sectores más pobres, especialmente rurales. Por ello, sería necesario aplicar los indicadores propuestos con el máximo de desagregación geográfica para que estos sirvan de insumo para el diseño de políticas y para la mejor asignación en el ámbito local de recursos presupuestarios.

Por otra parte, queda de manifiesto que la cobertura de la educación medida por la tasa de asistencia no es un indicador suficiente para medir los logros de los objetivos propuestos en conferencias internacionales como las Metas del Milenio por ejemplo. El problema más serio en el caso del Perú no es la cobertura sino la calidad de la educación medida por los bajos rendimientos de los niños/as que terminan la educación primaria, lo cual compromete negativamente sus niveles futuros de bienestar.

Para las niñas, una educación insuficiente y de mala calidad se asocia con iniciación sexual temprana, alta fecundidad y menor acceso a un trabajo remunerado, reproduciendo así la pobreza en las nuevas generaciones.

1.1.6 *Registro de nacimientos*

El registro de nacimiento es uno de los derechos humanos fundamentales. No solo otorga al niño el reconocimiento legal de su existencia e identidad, sino que además señala que el niño “pertenece” a una familia, a una comunidad y a una nación. Demuestra que el niño/a tiene un lugar —y derecho a participar— en todas y cada una de dichas instituciones. Abre el camino a los demás derechos, como el acceso a los servicios sanitarios y a la educación, ofrece protección contra la discriminación y el abandono, determina el tratamiento del niño por parte del sistema jurídico, garantizando el derecho del individuo a ocupar su puesto en la vida social y política del país.

Sin embargo, la importancia del registro de nacimiento va más allá de las cuestiones individuales, ya que sin sistemas sólidos de registro civil es virtualmente imposible planificar o poner en práctica estrategias eficaces de desarrollo. Los niños y niñas no registrados, que no aparecen en los datos recogidos, suelen ser pasados por alto en la planificación del desarrollo social. Son completamente invisibles a la hora de tomar decisiones políticas y presupuestarias.

La selección de este tema como prioritario permite suponer que una proporción importante de niñas y niños son indocumentados.

Indicador de resultado:

a) Cobertura del registro de nacimientos por sexo.

Descripción: número de niños y niñas registrados durante un período determinado como porcentaje del total de nacimientos de niños y niñas estimados para el mismo período.

Indicadores adicionales:

a) Cobertura de servicios de salud.

Descripción: porcentaje de nacimientos del último año atendidos en instituciones de salud.

El registro de nacimiento se hace comúnmente de manera automática cuando los nacimientos ocurren en establecimientos de salud; sin

embargo en las áreas rurales una elevada proporción de los nacimientos ocurre fuera de estos y no son atendidos por personal capacitado. Según la ENDES 2000, el 76% de los nacimientos del área rural no ocurrieron en servicios de salud.

Más allá del problema del subregistro de nacimientos, la falta de infraestructura de salud se asocia a una mayor mortalidad infantil y materna.

b) Cobertura y accesibilidad a los servicios de registro civil: distancia, idioma, costo de la inscripción.

c) Existencia de medidas para lograr una mayor cobertura de registro.

Entre otras campañas que difundan los beneficios para las personas de tener una identidad oficialmente reconocida.

Desde una perspectiva de género el registro de nacimientos se puede ver afectado cuando la mujer que es madre soltera o con padre ausente queda excluida del procedimiento de inscripción. Por otra parte, si la asistencia escolar se usa como uno de los mecanismos para registrar a los niños, la discriminación sexual que priva a las niñas de escolarización se asocia a un menor registro de ellas.

II. INDICADORES DE GÉNERO EN ACTIVIDADES DE SALUD CONTEMPLADOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PRESUPUESTO POR RESULTADOS AÑO FISCAL 2007

2.1 Indicadores de género en actividades de salud

La salud es un derecho humano reconocido en las principales declaraciones internacionales sobre la materia. El derecho a la salud puede definirse como aquel en virtud del cual la persona y los grupos sociales —especialmente la familia— deben gozar del más alto estándar posible de salud física, mental y social. Constituye deber del Estado asegurar el acceso a servicios de salud en los que se brinde un trato digno, respetando la cultura de las personas y aportando información veraz, oportuna y completa sobre cada proceso personal y acerca de las características del servicio. El Estado también debe atender

debidamente las causas que condicionan el estado de salud de la población.

En ese contexto, el gobierno peruano privilegia en la ley de equilibrio financiero (Ley 28929) y la del presupuesto del sector público (Ley 28927) para el ejercicio 2007, temas de salud asociados a los principales problemas de inequidad que en esta área enfrentan los grupos más vulnerables de la sociedad:

- 1 Atención de la mujer gestante
- 2 Atención del niño menor de cinco años
- 3 Atención de enfermedades diarreicas agudas y enfermedades respiratorias agudas
- 4 Atención del neonato menor de 29 días

Los indicadores que permiten medir los problemas implícitos en la definición de esos temas se han definido como indicadores de resultado, es decir, miden el efecto que los distintos factores determinantes tienen sobre la magnitud del problema. Sin embargo, se debe tener en cuenta que las acciones políticas, solo pueden influir en los determinantes del problema para alcanzar los resultados o metas esperadas. Ello es especialmente necesario cuando se incorpora la igualdad de género como objetivo de las metas que se desean alcanzar.

Los temas de salud seleccionados forman parte de la salud sexual y reproductiva y como tal están estrechamente asociados con determinantes de género, en particular con la vulnerabilidad física de las mujeres para ejercer los derechos sexuales y reproductivos y vivir una vida libre de violencia. Alrededor de estos dos ejes temáticos se presentan los indicadores adicionales propuestos, los que tienen como objetivo llamar la atención sobre cómo el análisis de género puede contribuir no solo a mejorar la calidad de vida de las mujeres, sino también a mejorar los resultados de las intervenciones públicas en salud detalladas en el presupuesto.

2.1.1 Atención Prenatal

La reproducción biológica en la cual las mujeres son las protagonistas principales no es su responsabilidad exclusiva, es una función social que permite la reproducción de la población y por lo tanto es una responsabilidad de toda la sociedad.

La atención de la salud de la mujer durante el embarazo es por lo tanto un derecho fundamental que debe ser garantizado para todas las mujeres, cualquiera sea su situación socioeconómica y lugar de residencia Sin embargo, existen restricciones de distinta naturaleza para que ese derecho no sea equitativo, entre ellas situaciones de contexto relativas a la pobreza y al déficit

o mala calidad de la infraestructura médica, y situaciones personales de la mujeres que viven en pobreza tales como bajos niveles educativos y escasa posibilidad de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.

El control médico permanente durante el embarazo es fundamental para evitar riesgos que ponen en peligro la salud de la madre y del hijo. Durante él se le aplican pruebas de presión arterial y anemia, que suelen ser los principales factores de riesgo, así como también se vacuna a la madre con toxoide tetánico para evitar el tétano neonatal.

Indicadores de resultado:

- a) Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben atención prenatal según persona que proporciona el cuidado.**

Cuadro 1**PERÚ 2004. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES EMBARAZADAS SEGÚN ATENCIÓN Y PERSONA QUE PROPORCIONÓ EL CUIDADO***

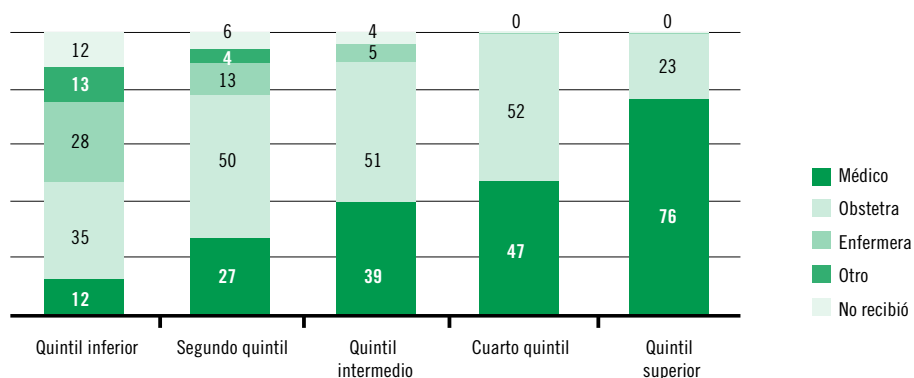
Zona de residencia	Médico	Obstetra	Enfermera	Otras*	No se atendió
Urbana	50	46	2	0	2
Rural	22	37	23	9	9
Nacional	38	43	10	4	5

* Se refiere a mujeres que tuvieron nacimientos en los cinco años que precedieron la encuesta.

** Incluye: sanitario/promotora, partera/comadrona y auxiliares/técnicos en enfermería

Fuente: INEI. Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES 2004.

La falta de equidad en la atención durante el embarazo se ve reflejada en el valor que toma el indicador para las mujeres pertenecientes a hogares con distinto nivel de ingreso. Como se observa en el gráfico siguiente, a medida que disminuye el nivel de ingreso aumenta la no atención y la atención con personal menos calificado. En el quintil más pobre el 12% de las mujeres no se practicó control médico durante el embarazo y el 13% recibió control de personas con menor calificación. En el extremo opuesto, todas las mujeres recibieron atención y de personal calificado.

Gráfico 1**PERÚ 2004. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS EMBARAZADAS POR TIPO DE CONTROL SEGÚN QUINTIL DE INGRESO DEL HOGAR**

Fuente: INEI. ENDES 2004.

También interesa que los controles sean periódicos, ya que situaciones de riesgo se pueden producir en cualquier momento del embarazo. Según los resultados de la ENDES 2004, en las zonas urbanas el 93% de las embarazadas tuvo cuatro o más controles prenatales y en las zonas rurales la relación baja a 79%.

b) Promedio de visitas de las mujeres a centro de salud durante el embarazo.

El acceso a los centros de salud (barreras geográficas) y la calidad de la atención que prestan son factores que influyen de manera especial en el cuidado prenatal de las mujeres embarazadas. Es probable que aquellas que viven alejadas de los centros de salud, en los cuales no hay dotación de personal calificado, prefieran ser atendidas en su comunidad antes que ir al centro para que las atiende el sanitario.

Se define la barrera geográfica como la situación que afecta a las poblaciones que se encuentran a más de tres horas del centro de salud más cercano por el medio de transporte usual en la zona y a más de un día de un establecimiento de referencia de mayor capacidad resolutive que aquel donde se inicia la atención. (Norma Técnica de Atención Integral de la Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas)

c) Porcentaje de mujeres en edad fértil que viven en zonas excluidas geográficamente.

La desnutrición afecta tanto a la salud materna como a la neonatal, ejemplo de ello es la anemia causada por la falta de hierro. La anemia es un factor de riesgo para la salud y desarrollo normal del embarazo, se estima que las madres que padecen anemia grave tienen mayores riesgos de morir y de dar a luz a niños sin vida o de sufrir muertes neonatales.

d) Estado nutricional de la mujer embarazada: % de mujeres embarazadas con anemia.

Indicadores adicionales:

Derechos reproductivos y atención de la mujer embarazada

Las mujeres peruanas, especialmente las más pobres, no tienen la posibilidad de decidir y controlar las decisiones sobre su propio cuerpo y fecundidad, lo cual contribuye a que tengan más hijos de los que desean tener.

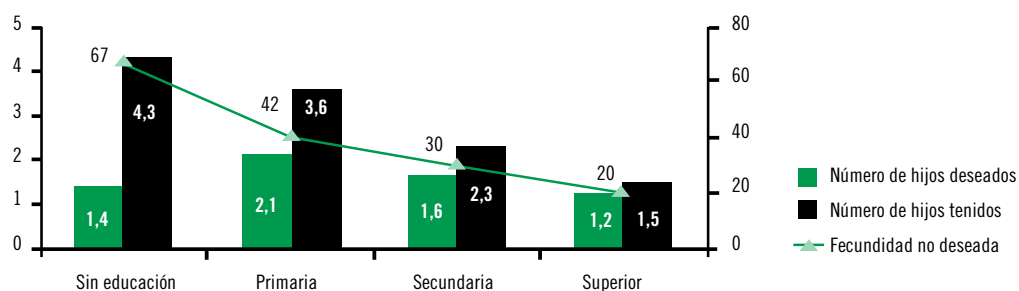
a) Tasa global de fecundidad deseada y no deseada: % de nacimientos no deseados en el último año.

Según estimaciones basadas en la ENDES 2004, la fecundidad de las mujeres que tuvieron hijos en los cinco años anteriores a la encuesta fue en promedio 2,4 hijos y ellas mismas informaron que el número de hijos que hubiesen deseado tener era en promedio 1,5. Si las mujeres pudiesen hacer efectivas sus intenciones reproductivas, la fecundidad del Perú sería un 38% inferior a la observada en los últimos años.

La educación de la mujer tiene una alta relación con la fecundidad no deseada, definida como la relación entre esta y la fecundidad observada durante un período.

Gráfico 2

PERÚ 2004. FECUNDIDAD DESEADA Y OBSERVADA SEGÚN NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE



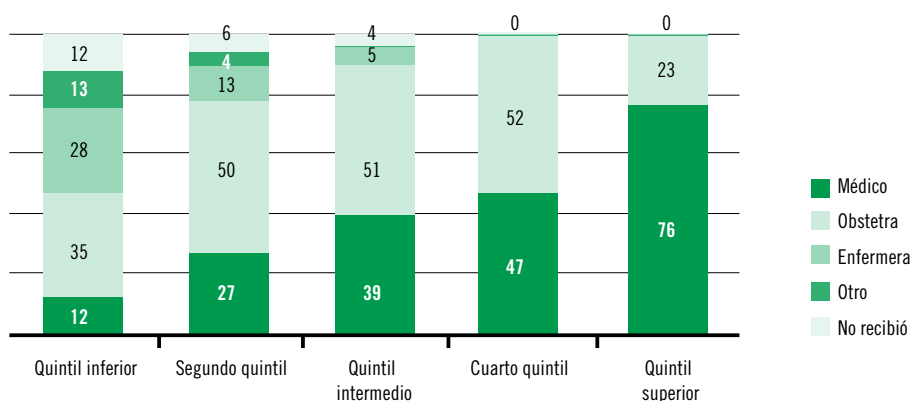
Fuente: INEI. ENDES 2004.

A medida que aumenta el número de orden de nacimiento de los hijos existe una menor probabilidad que las mujeres accedan a cuidado prenatal.

b) Porcentaje de mujeres embarazadas que recibe atención prenatal por personal de la salud durante el embarazo, según orden de nacimiento.

Gráfico 1

PERÚ 2004. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS EMBARAZADAS POR TIPO DE CONTROL SEGÚN QUINTIL DE INGRESO DEL HOGAR



Fuente: INEI. ENDES 2004.

Entre otros factores, el acceso y capacidad de decidir de las mujeres sobre el uso de métodos anticonceptivos modernos es una causa subyacente de la fecundidad no deseada, de la mortalidad materna y el aborto.

c) Porcentaje de mujeres en edad reproductiva que usan métodos anticonceptivos, según tipo, área de residencia y nivel educativo.

Cuadro 2

PERÚ 2004. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA SEGÚN USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, ÁREA DE RESIDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO

Área/nivel educativo	Métodos modernos	Métodos tradicionales	No usa	Total
Área				
Urbana	54	20	25	100
Rural	33	30	37	100
Nivel educativo				
Sin educación	24	25	49	100
Primaria	38	28	33	100
Secundaria	52	21	26	100
Superior	57	18	25	100

Fuente: INEI. ENDES 2004.

2.1.2 Atención del niño menor de cinco años

Los patrones tradicionales de distribución sexual del trabajo, aún vigentes en las sociedades latinoamericanas, asignan a la mujer la responsabilidad por el cuidado de la salud de todos los miembros de la familia y en particular de los niños. Las condiciones materiales de vida definen la calidad de tales cuidados y la posibilidad de acceder a los controles médicos con la frecuencia necesaria para asegurar un proceso de desarrollo saludable de los niños.

Son las madres quienes alimentan a sus hijos en cantidad y calidad de acuerdo con el nivel de ingresos del hogar, en condiciones higiénicas definidas por la calidad de los servicios básicos que disponen y las condiciones ambientales vinculadas a la calidad de la vivienda, al combustible para cocinar, a los artefactos para protegerse del frío o del calor (refrigerador).

Además de los condicionantes materiales enunciados, la calidad del cuidado infantil está asociada al nivel educativo de la madre, al número

de hijos y a la autonomía de la mujer para tomar decisiones con relación al uso del ingreso del hogar.

Indicadores de resultado:

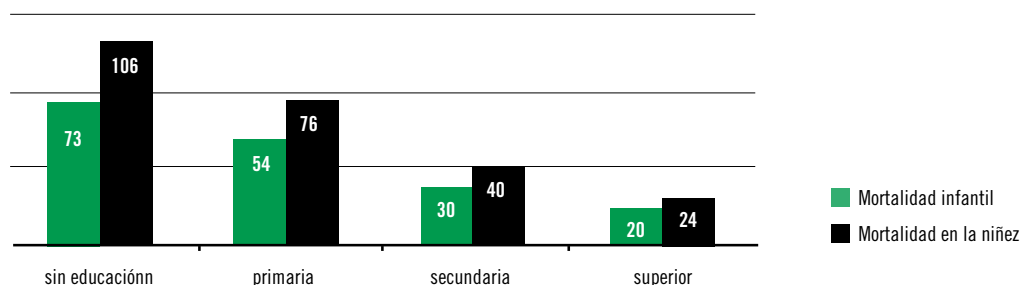
El cuidado del niño sano por personal médico es fundamental, por lo que debe ser permanente y periódico para garantizar la detección oportuna de enfermedades, facilitar su diagnóstico y tratamiento, reducir la duración de la enfermedad, evitar secuelas, disminuir la incapacidad y prevenir la muerte.

- a) Porcentaje de niñas y niños atendidos por personal médico, de acuerdo con la frecuencia necesaria para la edad.**
- b) Porcentaje de niñas y niños que han recibido las vacunas definidas por la autoridad sanitaria, a la edad correspondiente.**

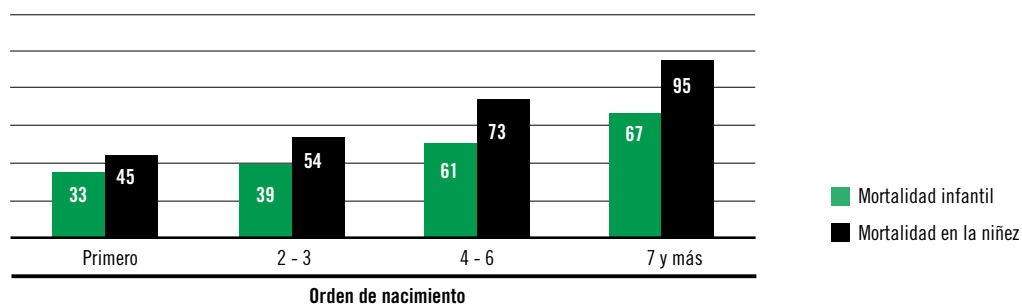
Indicadores adicionales:

La educación de la madre y el orden de nacimiento son factores asociados a los diferenciales de mortalidad infantil y en la niñez. A pesar de que ambos factores son manifestaciones de la pobreza, es posible que políticas tendientes a mejorar las oportunidades de educación de las mujeres y a fomentar su capacidad para ejercer los derechos sexuales y reproductivos generen avances en materia de género, que no solo benefician a las mujeres sino que a la vez permiten disminuir la mortalidad infantil y en la niñez, entre otras consecuencias de la pobreza.

- a) Tasa de mortalidad infantil, menores de un año, por mil nacidos vivos, según sexo.**
- b) Tasa de mortalidad en la niñez, menores de cinco años, por mil nacidos vivos, según sexo.**

Gráfico 4**PERÚ 2000. TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ SEGÚN NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE**

Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000

Gráfico 5**PERÚ 2000. TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ SEGÚN ORDEN DE NACIMIENTO
(Por mil nacidos vivos)**

Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000

La malnutrición infantil sigue siendo un problema común en los países en desarrollo, llegando a abarcar aproximadamente a la tercera parte de los niños menores de cinco años a nivel mundial. En el Perú 25,4% de los niños menores de cinco años es afectado por la desnutrición crónica.

Por otro lado, diversas evidencias muestran que entre un tercio y la mitad de la mortalidad infantil puede ser atribuida a la malnutrición. Asimismo, está ampliamente aceptado que las enfermedades infecciosas son parte de las causas inmediatas de la malnutrición, junto con una alimentación inadecuada y la consecuente carencia de energía y nutrientes.

c) Porcentaje de niñas y niños menores de cinco años que sufren desnutrición crónica.

El nivel educativo de la madre y la fecundidad son también factores asociados a la prevalencia de desnutrición en los menores de cinco años.

Cuadro 3

PERÚ 2000. DESNUTRICIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS POR EDUCACIÓN DE LA MADRE.
(en porcentajes)

Educación de la madre	Desnutrición crónica (Talla por edad)		Desnutrición aguda (Peso por la talla)		Desnutrición global (Peso para la edad)	
	Severa	Total	Severa	Total	Severa	Total
Sin educación	22,5	51,6	0,3	2,2	3,3	16,5
Primaria	12,0	37,4	0,3	1,1	1,3	10,9
Secundaria	2,7	15,0	0,1	0,6	0,2	3,3
Superior	0,9	6,9	0,2	0,5	0,0	1,6
Total	7,7	25,4	0,2	0,9	0,8	7,1

Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000

Cuadro 4

PERÚ 2000. DESNUTRICIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS POR ORDEN DE NACIMIENTO
(en porcentajes)

Orden de nacimiento	Desnutrición crónica (Talla por edad)		Desnutrición aguda (Peso por la talla)		Desnutrición global (Peso para la edad)	
	Severa	Total	Severa	Total	Severa	Total
1	3,8	16,3	0,2	0,7	0,4	4,2
2 -3	5,5	21,9	0,2	0,9	0,3	5,6
4 -5	11,4	33,1	0,5	1,2	1,7	9,7
6 y más	17,2	45,3	0,2	1,1	2,2	13,8
Total	7,7	25,4	0,2	0,9	0,8	7,1

Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000

2.1.3 Atención de enfermedades diarreicas agudas y enfermedades respiratorias

La Organización Panamericana de la Salud estima que:

todos los años aproximadamente medio millón de niños y niñas mueren antes de alcanzar los cinco años de edad. Se estima que aproximadamente el 27% de estas muertes se debe a enfermedades infecciosas y a trastornos nutricionales, lo que representa más de 150.000 defunciones anuales de menores de cinco años en todo el continente americano. Entre estas enfermedades, las enfermedades respiratorias, y principalmente la neumonía, y las enfermedades diarreicas, son las causas principales de mortalidad.

La información disponible sobre enfermedades durante los primeros cinco años de vida también muestra que las enfermedades infecciosas y los trastornos nutricionales continúan siendo la principal razón para la pérdida de la condición de salud, y por esta razón resultan determinantes en cuanto a las posibilidades de crecimiento y desarrollo saludables de los niños y niñas desde que nacen y hasta los cinco años de edad.

La mayoría de las enfermedades infecciosas que continúan afectando la salud de la niñez y que son responsables de gran cantidad de muertes puede ser prevenida o efectivamente tratada mediante la aplicación de intervenciones sencillas y de bajo costo.

La incidencia de estas enfermedades agudas está asociada a las condiciones materiales de vida, así como a los cuidados que las madres pueden ofrecer a los menores, los cuales dependen del nivel educativo de ellas y del número de hijos que tienen. A mayor carga de trabajo doméstico y de cuidado, menor posibilidad de brindarle una mejor atención al niño enfermo.

Enfermedades respiratorias agudas

Indicadores de resultado:

- a) Porcentaje de niñas y niños menores de cinco años con síntomas de infecciones respiratorias agudas (IRA) en un determinado período.**

El 17,3% de los niños menores de cinco años presentó síntomas de IRA en las dos semanas anteriores a la ENDES 2004, con leves diferencias por sexo, 16.8% de las niñas y 17.7% de los niños.

- b) Porcentaje de niñas y niños menores de cinco años con síntomas de infecciones respiratorias agudas tratados en establecimientos de salud.**

Entre los niños que presentaron síntomas de IRA, para el 66,9 de los niños y para el 69,3% de las niñas se buscó tratamiento de un proveedor de salud (ENDES 2004).

- c) Porcentaje de muertes de niñas y niños menores de cinco años a causa de infecciones respiratorias agudas.**

Enfermedades diarreicas agudas

Indicadores de resultado:

- a) Porcentaje de niñas y niños menores de cinco años que tuvo diarrea aguda durante un determinado período.**

El 15,1% de los menores de cinco años tuvo diarrea las dos semanas anteriores a la ENDES 2004. La presencia de la enfermedad fue poco mayor en las niñas con 15,4% en comparación con 14,8 en los niños.

- b) Porcentaje de niñas y niños menores de cinco años con diarrea aguda tratados en establecimientos de salud.**

El 50% de los niños y el 46% de las niñas que tuvieron diarrea las dos semanas anteriores a la ENDES 2004 fueron llevados a un proveedor de salud.

c) Porcentaje de muertes de niñas y niños menores de cinco años a causa de la diarrea.

2.1.4 Atención del neonato menor de 29 días

El bajo peso al nacer es uno de los factores responsables de un alto porcentaje de las muertes en lactantes. Los niños que nacen con peso bajo suelen tener serios problemas de salud durante sus primeros meses de vida y es mayor el riesgo de que sufran discapacidades con efectos de duración prolongada.

Es por lo tanto indispensable la atención preferente de los niños con bajo peso al nacer, pero como se observa en el gráfico siguiente una elevada proporción de los niños del quintil más pobre no es pesado, entre los cuales probablemente se concentra una mayor proporción de niños que nacen con un peso crítico, menos de dos kilos y medio.

Indicadores de resultado:

a) Porcentaje de niñas y niños menores de un mes que reciben atención médica.

b) Porcentaje de niñas y niños pesados al nacer.

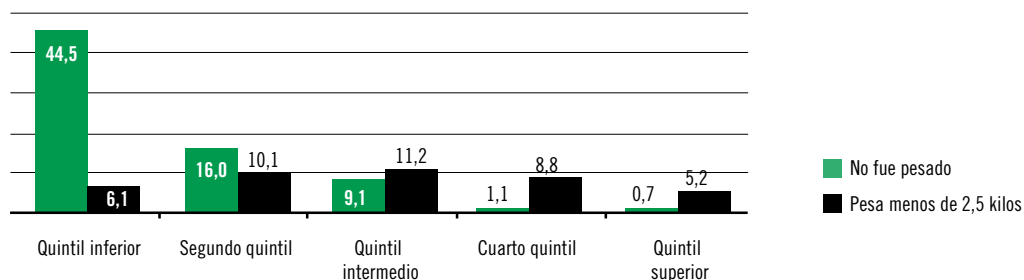
El indicador “niños no pesados” puede asociarse a la falta de atención de la madre y del neonato en establecimientos de salud o a una atención de baja calidad.

c) Porcentaje de niñas y niños que pesan menos de 2,5 kilos al nacer.

Algunas investigaciones muestran que factores socioeconómicos como los bajos ingresos y la falta de educación también están relacionados con un mayor riesgo de que el niño o la niña nazcan con bajo peso, aunque se desconocen todavía las razones que explican esta situación.

Gráfico 6

PERÚ 2004. PROPORCIÓN DE NIÑOS QUE AL NACER NO FUERON PESADOS Y DE LOS QUE PESARON MENOS DE 2,5 KILOS, SEGÚN QUINTIL DE INGRESO FAMILIAR



Fuente: INEI. ENDES 2004.

Indicadores adicionales:

Según opiniones médicas, la manera más eficaz de prevenir el bajo peso al nacer es la consulta antes del embarazo y, una vez embarazada, la atención prenatal temprana y frecuente. La consulta previa al embarazo es importante para reducir el riesgo de complicaciones que trastornos crónicos, como diabetes y alta presión, pueden tener durante el embarazo.

Los indicadores incluidos para el tratamiento del tema control de la mujer gestante son por lo tanto pertinentes como indicadores de temas adyacentes entre estos.

- a) **Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben atención prenatal por personal de la salud durante el embarazo.**
- b) **Promedio de visitas de las mujeres a profesionales de la salud durante el embarazo.**
- c) **Estado nutricional de la mujer embarazada.**

Al igual que los factores de género definidos en temas anteriores, la baja educación y la elevada fecundidad de las mujeres pobres son variables

asociadas al menor peso de la niña y el niño al nacer, así como la probabilidad que estos sean pesados al momento del nacimiento. En 2004, según los resultados de la ENDES, el 55% de los hijos de mujeres sin educación y el 99% de los hijos de mujeres con educación superior fueron pesados. Según el orden de nacimiento, el 93% de los primeros hijos y el 56% de los nacimientos de orden 6 o más fue pesado.

La violencia contra la mujer por razones de género es un problema de salud que afecta seriamente su desarrollo, dignidad y derechos fundamentales. De manera específica influye en el nacimiento de niños prematuros y con bajo peso al nacer.

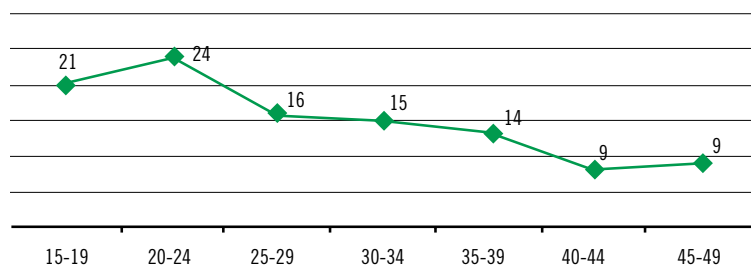
- d) Tasa de violencia física, sexual y psicológica ejercida por una pareja actual o anterior en cualquier momento de su vida.**
- e) Tasa de violencia física, sexual y psicológica ejercida por una pareja actual o anterior durante el año anterior.**

Los resultados de la ENDES 2004 muestran que la violencia contra la mujer por parte de la pareja es un problema generalizado, afecta por igual a las mujeres de todos los estratos y niveles educativos. La tasa de violencia física y sexual del último año para mujeres en edad reproductiva es 15%, el mayor valor de 16% es para las mujeres con educación secundaria y el menor valor, 12%, para aquellas con educación superior.

De las variables investigadas en la encuesta, la edad es la que define mayores diferenciales en la tasa de violencia con una relación inversa entre ambas; la incidencia de la violencia reciente disminuye con la edad. El problema es más frecuente en las mujeres jóvenes, especialmente en el grupo que tiene entre 20 y 24 años de edad, entre las cuales 24 de cada 100 declararon haber sufrido violencia física o sexual ejercida por su pareja.

Gráfico 7

PERÚ 2004. TASA DE VIOLENCIA FÍSICA Y SEXUAL POR PARTE DE UNA PAREJA EN EL ÚLTIMO AÑO
(Tasa por 100 mujeres en cada grupo de edad)



Fuente: INEI. ENDES 2004.

III. INDICADORES DE GÉNERO PARA EL SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA NACIONAL DE APOYO DIRECTO A LOS MÁS POBRES “JUNTOS”

En esta sección se realiza un análisis de género de los problemas de la pobreza extrema a los cuales el Gobierno del Perú da prioridad en el programa Juntos. Su objetivo general es “la lucha frontal contra la pobreza extrema en las zonas rurales y urbanas hasta el 2015”. Los objetivos específicos son “disminuir la desnutrición crónica infantil, reducir los índices de mortandad y deserción escolar a través de la ampliación de la demanda de los servicios de salud y educación”.⁶

La creación del programa Juntos se sustenta en los Objetivos del Milenio y las políticas de Estado desarrolladas en el Acuerdo Nacional y el Plan Nacional de Superación de la Pobreza. De los ocho objetivos contemplados en la Declaración del Milenio, Juntos selecciona aquellos más directamente asociados a sus objetivos: erradicar la pobreza extrema; lograr la enseñanza primaria universal; reducir la mortalidad infantil; y mejorar la salud materna.

El objetivo del Milenio orientado a “Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer” no ha sido considerado prioritario, aun cuando

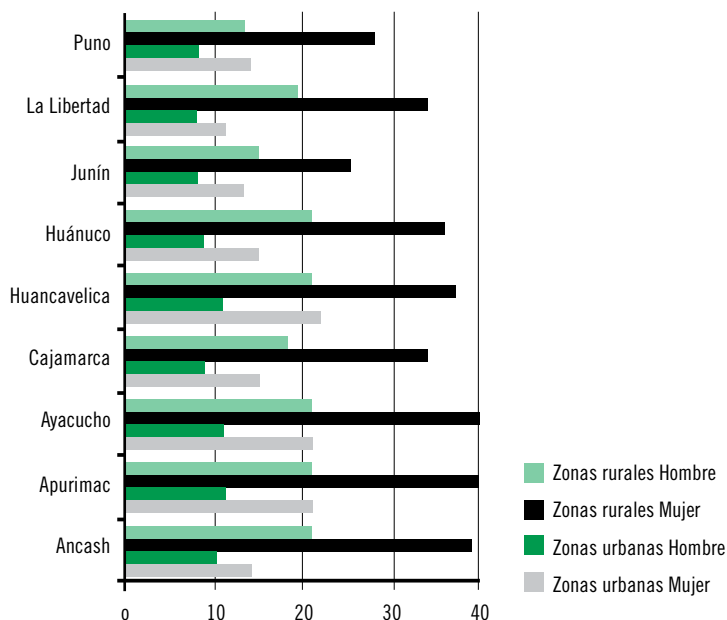
⁶ Presidencia del Consejo de Ministros. *Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres. Presentación Institucional*: <www.juntos.gob.pe>

esta dimensión del desarrollo se considera fundamental para construir una sociedad más justa y democrática, lo cual permite avanzar en el logro de los objetivos que orientan el programa. En esta perspectiva se fundamenta el análisis siguiente cuyo objetivo es precisar aspectos de las relaciones de género que pueden ser de utilidad para el seguimiento y evaluación de los resultados.

Para abordar los temas tratados, el análisis de género y los indicadores asociados se centran en dos dimensiones de la desigualdad: la educación y los derechos sexuales y reproductivos. La mayor igualdad en estos dos ámbitos, a la vez relacionados entre sí, permite generar un proceso tendiente a reducir la fecundidad de los estratos más pobres de la sociedad. Las mujeres podrán ejercer sus derechos para tener solo el número de hijos deseados, meta que en la actualidad está lejos de sus intenciones. Las mujeres sin educación —característica dominante de las que viven en extrema pobreza— tenían en promedio 4,3 hijos, en circunstancias que el número deseado de hijos era de 1,4 (ENDES 2004).

Como es sabido, la alta fecundidad es parte de la cultura de la pobreza: baja educación, percepción de un mayor valor económico de los hijos, relaciones de poder en la pareja que se manifiestan en imposición de relaciones sexuales, menor acceso a métodos anticonceptivos modernos, menor capacidad para decidir usarlos. Sin embargo, como parte del proceso de desarrollo, el avance en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, así como mejorar sus niveles educativos puede conducir a que en el mediano plazo las mujeres limiten su fecundidad al número deseado de hijos, lo cual contribuye a mejorar su calidad de vida y la de sus hijos.

Las regiones más pobres del país donde se localiza Juntos se caracterizan por los altos niveles de analfabetismo de su población y en especial de las mujeres. Ese contexto limita las posibilidades de éxito de las acciones del programa, pues todas ellas son, por razones de género, responsabilidad directa o indirecta de las mujeres.

Gráfico 1
**PERÚ (NUEVE DEPARTAMENTOS MÁS POBRES). TASA DE ANALFABETISMO
POR SEXO Y ÁREA DE RESIDENCIA
(En porcentaje)**


Fuente: INEI. Encuesta de hogares 2005.

A continuación se realiza el análisis y propuesta de indicadores para el seguimiento del Plan Juntos, organizado alrededor de los Objetivos del Milenio que sustentan sus acciones.

3.1 Erradicar la pobreza extrema

Las acciones contempladas en el Plan Juntos para reducir la pobreza de ingresos incluyen un subsidio de 100 soles mensuales a los hogares beneficiarios, aparentemente es un monto global, independiente del número de personas que viven en ellos.

Los hogares beneficiarios se definen como aquellos que cuentan entre sus miembros mujeres embarazadas o *padres* viudos o *apoderados*

con niñas/niños hasta los 14 años. La identificación de beneficiarios no contempla explícitamente que estos puedan ser *mujeres viudas y apoderadas*, lo cual hace suponer que ellas podrán ser titulares cuando no tienen pareja, es decir cuando son jefas de hogares monoparentales. Este hecho tiene especial relevancia cuando se quiere asegurar que los hogares beneficiarios podrán satisfacer sus necesidades elementales de alimentación, vestido y mejoras en la vivienda.

A propósito del beneficiario o representante del hogar, este adquiere la responsabilidad de administrar su dinero, ejerciendo su capacidad de consumo, lo cual tiene un efecto relevante en su autoestima.

En el cumplimiento de esa responsabilidad, es necesario tener en cuenta que la identidad de género y las relaciones de poder que se establecen en la pareja se manifiestan en que las mujeres, especialmente las más pobres, tienen menor capacidad de decisión sobre los gastos del hogar en circunstancias que son ellas quienes hacen una mejor asignación de los escasos recursos monetarios, destinándolos efectivamente a satisfacer las necesidades básicas de su grupo familiar. Los hombres con mayor frecuencia privilegian gastos extrafamiliares.

Por otra parte, el que las mujeres sean las beneficiarias permite que se consoliden relaciones más igualitarias en la pareja, aumentando su autoestima y capacidad de decidir sobre dimensiones de su vida, tales como la salud sexual y reproductiva, y disminuir el riesgo de sufrir violencia por parte de su pareja.

Indicadores:

- a) Porcentaje de mujeres beneficiarias del subsidio de 100 soles mensuales con relación al total de beneficiarios.**
- b) Porcentaje de mujeres jefas de hogar beneficiarias del subsidio de 100 soles mensuales con relación al total de hogares beneficiarios.**

3. 2 Lograr la enseñanza primaria universal

El objetivo de la Declaración del Milenio se expresa en que para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria.

Para avanzar en esa dirección, establece que: “el hogar beneficiario debe matricular a sus hijos en la escuela o colegio, y debe cumplir con el 85% de asistencia a clases. No deben faltar por realizar labores agrícolas o de otra índole”.

Considerando que uno de los requisitos para ser hogar beneficiario es tener niñas y niños hasta los 14 años, estos integran la población objetivo a la cual se refiere la medida; ello supone que todos los niños y niñas en esa edad de un mismo hogar deben estar matriculados para tener acceso al subsidio.

A propósito de esa medida, se pueden detectar situaciones que interfieren su cumplimiento. A pesar de que se explicita que los hijos no deben faltar a la escuela para realizar otras tareas, es probable que una parte del grupo de niñas y niños entre 12 y 14 años haya desertado sin completar el nivel primario, con anterioridad al programa, lo cual dificultaría su reinserción en el sistema educativo con dedicación exclusiva.

Así, por ejemplo, el 18% de las jóvenes rurales y el 9% de los jóvenes rurales que en 2003 tenían entre 15 y 19 años habían desertado durante el ciclo primario (CEPAL 2006), siendo probable que el problema alcance mayor magnitud en las zonas más pobres donde se focaliza el programa. La elevada deserción de las jóvenes puede asociarse con determinantes de género, tales como la menor prioridad que otorga la familia y comunidad a la educación de las niñas; realizar trabajo doméstico y cuidado de hermanos menores; embarazos tempranos.

Indicadores:

- a) Tasa de asistencia escolar de niñas y niños de los hogares beneficiarios en los ciclos preescolar y primario por edades simples.**
- b) Distribución porcentual de niñas y niños de 12, 13 y 14 años de los hogares beneficiarios, según la actividad a la cual destinan**

la mayor parte de su tiempo: estudia, realiza trabajo productivo, realiza trabajo doméstico y de cuidado sin remuneración, sufre algún tipo de discapacidad.

3.3 Reducir la mortalidad infantil

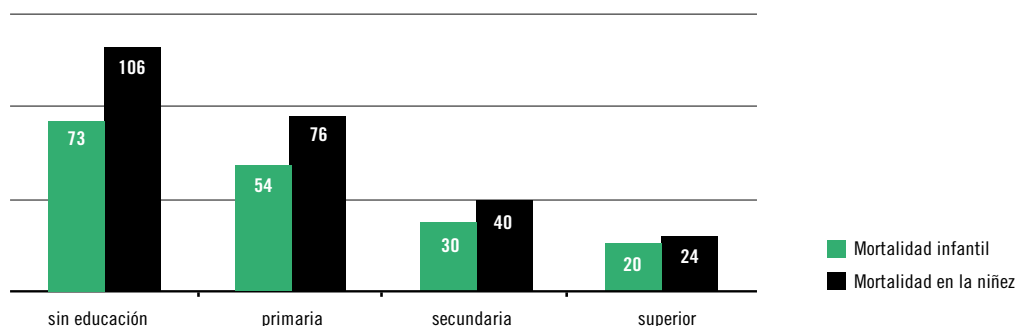
La meta del Milenio postula reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años.

La mortalidad infantil y en la niñez se producen fundamentalmente por enfermedades que pueden prevenirse. El contexto familiar y local en que se desarrolla la vida de los niños y el acceso a servicios de salud adecuados son sin duda sus principales causas estructurales, pero también el nivel educativo y la fecundidad son determinantes de género que deben tenerse en cuenta. Mayores niveles educativos y mayor capacidad de las mujeres para tener los hijos deseados son requisitos fundamentales para avanzar en el mediano plazo hacia un descenso sostenido de la mortalidad infantil.

Como se observa en el gráfico siguiente, la mortalidad infantil y en la niñez descienden significativamente a medida que aumenta el nivel de escolaridad de las madres.

Gráfico 2

PERU 2000. Mortalidad infantil y en la niñez según educación de la madre
(Tasa por mil nacidos vivos)



Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000

Una situación similar de descenso de la mortalidad se observa a medida que disminuye el orden de nacimiento. Como se observa en el cuadro siguiente, a partir del orden de nacimiento 4 se produce un fuerte incremento en la mortalidad infantil y en la niñez.

Cuadro 1

PERÚ 2000. MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ SEGÚN ORDEN DE NACIMIENTO (Tasa por 1000 nacidos vivos)

Orden del nacimiento	Mortalidad infantil	Mortalidad en la niñez
Primero	33	45
2 – 3	39	54
4 – 6	51	73
7 y más	67	95

Fuente: INEI, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000

El número ideal de hijos declarado por las mujeres peruanas (2,4) tiene escasa variación según distintas características personales y del contexto socioeconómico. Ello se manifiesta en que una elevada proporción de mujeres tenga más hijos de los que desearían tener, situación que se refleja al comparar la tasa de fecundidad efectiva con la deseada.

Las mujeres analfabetas, que son la gran mayoría en las regiones más pobres, alcanzan una fecundidad media de 4,3 hijos, en circunstancias que su fecundidad deseada es en promedio de 1,4 hijos, lo cual significa que el 67% de sus embarazos no habrían sido deseados. Ello permite sugerir que si las mujeres pobres pueden ejercer mayor control sobre su vida sexual y reproductiva, dejando constantes otros factores que intervienen en la mortalidad infantil, esta podría descender significativamente en el mediano plazo.

Para avanzar a la meta de reducción de la mortalidad infantil, el plan Juntos, establece que: “El representante del hogar debe llevar sus hijos a su control de crecimiento y desarrollo del niño sano, vacunaciones todas las veces que se lo indique el puesto o centro de salud.

Controles del niño sano y vacunas

Por razones de género derivadas de la división sexual del trabajo, es la madre quien tiene la responsabilidad de cuidar la salud de sus hijos y por lo tanto serán ellas quienes deberán cumplir con esta exigencia. varios factores pueden obstaculizar su cumplimiento, entre otros la disponibilidad de infraestructura sanitaria accesible y de buena calidad. A mayor distancia y menor calidad de los centros de salud, menor es la probabilidad que las madres lleven a sus hijos a controles y lo harán solo en situaciones de emergencia cuando el niño está enfermo con síntomas agudos; es también probable que prefieran acudir a los recursos de salud propios de su comunidad.

Será por lo tanto necesario conocer las razones por las cuales las madres no llevan a sus hijos al control de niño sano, tanto para prevenir situaciones de riesgo como para evaluar la suspensión del subsidio.

Indicadores:

- a) **Porcentaje del total de niñas y niños menores de 5 años de los hogares beneficiarios que no cumplen con los controles de niño sano.**
- b) **Razones que tienen las madres para no cumplir con los controles de niño sano.**
Entre otras: distancia, disponibilidad y costo de transporte, disponibilidad de tiempo, importancia que le otorgan al control.

Desnutrición crónica

Con el fin de disminuir la desnutrición crónica infantil, los hogares beneficiarios del programa reciben una papilla fortificada para los niños entre 6 meses y 3 años.

La desnutrición crónica afectaba en 2000 a la cuarta parte de los niños menores de cinco años, situación que es más aguda en la población pobre. Para los hijos de madres analfabetas esta proporción se eleva a más de la mitad, situación similar a los niños que ocupan el lugar sexto o más de nacimiento.

La desnutrición infantil, una de las manifestaciones más dramáticas de la pobreza, también se asocia a la desigualdad de género en cuanto al menor acceso de las mujeres a la educación y menor capacidad de aplicar sus derechos sexuales y reproductivos. (véanse cuadros 3 y 4 del capítulo 2. Atención del niño menor de cinco años)

3.4 Mejorar la salud materna

La meta del Milenio postula reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes. Con relación a este problema el plan Juntos selecciona el control médico como variable de intervención para avanzar en el cumplimiento de la meta. Se especifica que la madre gestante debe acudir a su control médico cada vez que se le cite, y se compromete a dar a luz en el puesto o centro de salud.

La mortalidad materna es el resultado de causas que pueden prevenirse. Según datos del Ministerio de Salud del Perú, las tres principales causas de muerte materna directa fueron en 2002 la hemorragia, la toxemia e infecciones, “todas ellas susceptibles de prevención y manejo exitoso, siempre y cuando existan mecanismos adecuados de referencia a los servicios de mayor capacidad resolutive, que cuentan con recursos humanos capacitados en la atención de emergencia de estos problemas y con los recursos materiales que permitan el traslado oportuno”.⁷

El control médico permanente durante el embarazo es fundamental para evitar riesgos que ponen en peligro la salud de la madre y del hijo, por lo que el compromiso de la madre gestante de acudir a esos controles es un requisito fundamental para disminuir esos riesgos. Pero además existen otros factores asociados a la mortalidad materna, tales como el estado nutricional de la madre, el número y espaciamiento de los hijos y el aborto, que en 2002 fue responsable del 7% de las muertes.

Por otra parte, el acceso a los centros de salud y la calidad de la atención prestada influyen en que las mujeres embarazadas concurren a los controles establecidos en vez de optar por la atención que puedan recibir

⁷ Ministerio de Salud / OPS. “Perfil de salud de las mujeres y los hombres en el Perú 2005”.

en su comunidad cuando enfrentan problemas de salud relacionados con su embarazo.

Indicadores:

- a) **Porcentaje del total de embarazadas de los hogares beneficiarios que no asisten al control médico con la frecuencia requerida.**
- b) **Razones que tienen las mujeres embarazadas para no asistir al control médico. Entre otras, distancia de los centros de salud, disponibilidad de tiempo, autonomía para ejercer el cuidado de su salud, percepción sobre la calidad del servicio, conocimiento sobre la importancia del cuidado.**
- c) **Porcentaje de embarazadas beneficiarias del programa por estado nutricional.**
- d) **Número del embarazo y espaciamiento con el embarazo anterior.**
- e) **Porcentaje de embarazadas beneficiarias del programa que sufren violencia física, sexual o psicológica por parte de la pareja.**

Las mujeres embarazadas de los hogares beneficiarios también se comprometen a dar a luz en el puesto o centro de salud. En 2004, el 74% de las mujeres embarazadas tuvieron a sus hijos en la casa, relación que alcanza a 57% para aquellas con educación primaria. La explicación de la baja cobertura institucional del parto suele ser la falta de infraestructura adecuada y accesible para toda la población, y el déficit de recursos profesionales. También debe tenerse en cuenta en qué medida influyen las prácticas culturales de la comunidad, lo cual puede ejercer una influencia contraria para el cumplimiento del requisito mencionado anteriormente.

Por otra parte, información entregada por la OGE del MINSA, citada en la publicación *Perfil de la salud de las mujeres y los hombres* citada anteriormente, revela que la muerte materna en los establecimientos de salud se ha incrementado en 18% en los últimos cuatro años y por el contrario la muerte materna domiciliaria ha disminuido en 15% en el mismo período. Esta información plantea la necesidad de analizar en profundidad las causas de dichos resultados para tomar las medidas

correctivas necesarias que aseguren que los nacimientos institucionales tienen menor riesgo para las madres.

Indicadores:

- a) **Distribución de las muertes maternas según lugar de ocurrencia del parto.**
- b) **Muertes maternas según causas.**

ANEXOS

LEY N° 29083

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

POR CUANTO:

El Congreso de la República

Ha dado la Ley siguiente:

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA;

Ha dado la ley siguiente:

**LEY QUE MODIFICA EL ARTÍCULO 47 DE LA
LEY N° 28411, LEY GENERAL DEL
SISTEMA NACIONAL DE PRESUPUESTO**

Artículo único.-Modificación del artículo 47 de la Ley N° 28411,

Modifícase el artículo 47 de la Ley General del Sistema Nacional del Presupuesto, incluyéndose el párrafo 47.4 con el siguiente texto:

“Artículo 47.-Evaluación a cargo de las Entidades

(...)

47.4 En la evaluación presupuestal de ejecución del Presupuesto del Sector Público, las entidades públicas incorporarán, en el análisis, la incidencia en políticas de equidad de género.

El Poder Ejecutivo definirá, progresivamente, las entidades públicas, y los programas, actividades y proyectos que incorporen en la evaluación presupuestal dicha incidencia”.

Comuníquese al señor Presidente de la República para su promulgación.

En Lima, a los siete días del mes de setiembre de dos mil siete.

LUIS GONZALES POSADA EYZAGUIRRE
Presidente del Congreso de la República

ALDO ESTRADA CHOQUE
Primer vicepresidente del Congreso de la República

AL SEÑOR PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPÚBLICA

POR TANTO:

Mando se publique y cumpla.

Dado en la casa de Gobierno, en Lima, a los once días del mes de setiembre de dos mil siete.

ALAN GARCÍA PÉREZ
Presidente Constitucional de la República

JORGE DEL CASTILLO GÁLVEZ
Presidente del Consejo de Ministros