

**INSTITUTO TECNOLÓGICO Y DE ESTUDIOS SUPERIORES DE MONTERREY**



**ESCUELA DE GOBIERNO Y TRANSFORMACIÓN PÚBLICA**

**DISMINUCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA EN PERÚ DURANTE LOS OBJETIVOS  
DEL MILENIO (1990-2015):  
UN ANÁLISIS A PARTIR DEL ENFOQUE DE CAPACIDADES**

**TESIS**

**PRESENTADA COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO  
ACADEMICO DE:**

**DOCTORA EN POLÍTICA PÚBLICA**

**POR:**

**CARMEN DEL ROSARIO AVILA JAQUEZ**

**MONTERREY, N.L.**

**DICIEMBRE 2018**

**INSTITUTO TECNOLÓGICO Y DE ESTUDIOS SUPERIORES DE MONTERREY**

**ESCUELA DE GOBIERNO Y TRANSFORMACIÓN PÚBLICA**

Los miembros del comité de tesis recomendamos que el presente proyecto de tesis presentado por la maestra Carmen del Rosario Avila Jaquez sea aceptado como requisito parcial para obtener el grado académico de:

**Doctora en Política Pública**

Comité de Tesis:

---

Dr. Héctor Rodríguez Ramírez  
Asesor

---

Dra. Mariana Gabarrot Arenas  
Sinodal

---

Dra. Guillermina Benavides Rincón  
Sinodal

*A mi hijo, con todo mi amor.*

*Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de México (CONACYT) por el apoyo para cursar mis estudios doctorales.*

*A Sciences Po, París Francia, por las facilidades para realizar una estancia doctoral a inicios del 2016; en especial al Dr. David Recondo y al Dr. Olivier Dabène.*

*Al gobierno de la República de Perú que a través de la beca Alianza Pacífico 2016 (Convocatoria VII) me otorgó el financiamiento para realizar la estancia de un semestre en el 2016 para llevar a cabo la investigación de campo de esta tesis. A Victoria Pinedo, Juan Carlos Barinotto y Paloma Fijishima funcionarios del Ministerio de Educación Peruano por su apoyo.*

*A la Dra. Stepanie Rousseau por haber dirigido este proyecto en Lima y a las demás personas de la Pontificia Universidad Católica de Perú (PUCP).*

*A mi familia adoptiva peruana: los Sandoval Huerta, los Sáenz Sandoval y los Calle Sandoval, por todo el cariño.*

*A mis amigos peruanos del SWY (Ship for the World Youth Program), en especial a Natalia Ames, Pepe Sano y Erina Fujii y Fernando Masumura.*

*A Carlo Rincón Arias y toda su familia, por toda la amistad de tantos años.*

*A mi familia francesa: los Errard, los Gomas, los Blum y los De Ravinel. En especial a Colombar, por la paciencia, el amor y el apoyo en todos sentidos.*

*A mis padres y mi hermano, por toda la ayuda que siempre me dan, en especial a Rosario, mi madre, sin ella esta tesis no se hubiera escrito.*

*A Gustavo Franco, que sin su ayuda, asesoría y tenacidad no me hubiera graduado.*

*Y finalmente, pero no menos importantes, a mis maestros mexicanos que desde la maestría me han apoyado: el Dr. Héctor Rodríguez, la Dra. Mariana Gabarrot y a la Dra. Guillermina Benavides.*

## Tabla de contenido

<b>Capítulo 1: Aspectos generales de la tesis</b> .....	10
<b>1.1 Introducción general</b> .....	10
<b>1.2 El problema y su debate teórico</b> .....	12
<b>1.3 Hipótesis</b> .....	14
<b>1.4 Pregunta de investigación</b> .....	14
<b>1.5 Objetivos</b> .....	15
<b>1.6 Justificación</b> .....	16
<b>1.7 Estructura</b> .....	19
<b>1.8 Metodología</b> .....	20
<b>1.9 Recopilación de información teórica</b> .....	38
<b>1.10 Contribución de la investigación y alcances</b> .....	38
<b>Capítulo 2: Definición del enfoque de capacidades, su relación con otros conceptos y la construcción de un marco metodológico para el análisis de la mortalidad materna</b> .....	40
<b>2.1 Introducción</b> .....	40
<b>2.2 Objetivo</b> .....	39
<b>2.3 Estructura del capítulo</b> .....	42
<b>2.4 Las capacidades como factores intermedios entre la relación desarrollo económico- salud</b> .....	42
<b>2.5 Los determinantes de la salud como capacidades</b> .....	52
<b>2.6 El enfoque de capacidades y la salud materna</b> .....	58
<b>2.7 El institucionalismo y el desarrollo de las capacidades</b> .....	66
<b>2.8 La exclusión de la salud y su relación con las capacidades</b> .....	72
<b>2.9 Modelo ideal que debería tener la política pública enfocada a las mujeres para lograr la salud materna</b> .....	76
<b>2.9.1 Lista de capacidades: de la mujer, del hogar y del entorno, para mejorar la salud materna</b> .....	78
<b>2.9.2 Operacionalización de la variable para construir el marco de análisis de la mortalidad materna</b> .....	84
<b>2.10 Conclusiones</b> .....	89
<b>3. Capítulo 3: La mortalidad materna en el mundo y en Perú</b> .....	92
<b>3.1 Introducción</b> .....	92

3.2 Objetivo.....	94
3.3 Estructura.....	95
3.4 La mortalidad materna en el mundo.....	96
3.4.1 La mortalidad materna en Perú.....	118
3.4.2 Políticas de salud materna implementadas en el Perú de 1990 a 2015.....	149
3.5 Conclusiones.....	172
<b>4. Capítulo 4: Análisis de la disminución de la mortalidad materna en Perú bajo el enfoque de capacidades.....</b>	<b>174</b>
4.1 Introducción.....	174
4.2 Objetivo.....	174
4.3 Estructura.....	174
4.4 Principales aspectos socioeconómicos de Perú y el avance en los Objetivos del Milenio como preámbulo al análisis de capacidades.....	175
4.5 Análisis empírico del enfoque de capacidades.....	185
4.6 Conclusiones.....	271
<b>Capítulo 5: Conclusiones generales.....</b>	<b>280</b>
<b>Guía de las entrevistas.....</b>	<b>287</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>292</b>
<b>Índice de diagramas</b>	
<b>Diagrama 1: Árbol de análisis de las entrevistas.....</b>	<b>37</b>
<b>Diagrama 2: Las capacidades y su relación con otros conceptos vistos en el capítulo.....</b>	<b>75</b>
<b>Diagrama 3: Elementos para la construcción del marco metodológico para el análisis de la mortalidad materna .....</b>	<b>77</b>
<b>Índice de mapas</b>	
<b>Mapa 1: Riesgo de defunción materna por continentes y Razón de Mortalidad Materna por continentes, 2005.....</b>	<b>106</b>
<b>Mapa 2: Riesgo de defunción materna por continentes y Razón de Mortalidad Materna por continentes, 2015.....</b>	<b>108</b>
<b>Mapa 3: Perú dividido políticamente por 24 regiones</b>	

(sin incluir Callao que se encuentra dentro de Lima).....	131
<b>Mapa 4: Perú dividido por zonas geográficas: en verde la Selva (El Amazonas), en café la Sierra (los Andes) y en ocre la Costa.....</b>	<b>132</b>
<b>Mapa 5: Porcentaje de embarazo en adolescentes por departamento .....</b>	<b>218</b>

### Índice de gráficas

<b>Gráfica 1 y 2: Comparación de la mortalidad materna en el continente americano 1990 y 2015. ....</b>	<b>109</b>
<b>Gráfica 3: Comparación de la mortalidad materna en el continen africano 1990 y 2015. . ....</b>	<b>111</b>
<b>Gráfica 4: Comparación de la mortalidad materna del continente europeo 1990 y 2015.....</b>	<b>112</b>
<b>Gráfica 5: Comparación de la mortalidad materna del continente asiático 1990 y 2015. . ....</b>	<b>113</b>
<b>Gráfica 6: Comparación de la mortalidad materna del continente oceánico 1990 y 2015. . ....</b>	<b>114</b>
<b>Gráfica 7: Razón de Mortalidad Materna de Perú de 1990 a 2015.....</b>	<b>119</b>
<b>Gráfica 8: Mortalidad materna en Perú por número de casos.....</b>	<b>120</b>
<b>Gráfica 9: Mortalidad materna en Perú 2015, por nivel educativo.....</b>	<b>123</b>
<b>Gráfica 10: Mortalidad materna en Perú 2015, por ocupación.....</b>	<b>124</b>
<b>Gráfica 11: Mortalidad materna en Perú 2015, por estado civil.....</b>	<b>125</b>
<b>Gráfica 12: Mortalidad materna en Perú 2015, por edad de la mujer.....</b>	<b>126</b>
<b>Gráfica 13: Mortalidad materna en Perú 2015, por lugar de fallecimiento.....</b>	<b>127</b>
<b>Gráfica 14: Mortalidad materna en Perú 2015, por momento del fallecimiento.....</b>	<b>128</b>
<b>Gráfica 15: Mortalidad materna en Perú 2015, por causa básica de muerte.....</b>	<b>129</b>
<b>Gráfica 16: Mortalidad materna en el Perú por regiones de 1990 a 2009.....</b>	<b>133</b>
<b>Gráfica 17: Mortalidad materna en el Perú, región “Costa” 2000-2015.....</b>	<b>134</b>
<b>Gráfica 18: Mortalidad materna en el Perú, región “Selva” 2000-2015.....</b>	<b>135</b>

<b>Gráfica 19: Mortalidad materna en el Perú, región “Sierra” 2000-2015.....</b>	<b>136</b>
<b>Gráfica 20: Mortalidad materna vs Defunciones por desnutrición en mujeres en Perú por años.....</b>	<b>187</b>
<b>Gráfica 21: Mortalidad materna vs desnutrición en niños menores de 5 años en Perú.....</b>	<b>190</b>
<b>Gráfica 22: Mortalidad materna vs Inmunizaciones en Perú por años.....</b>	<b>192</b>
<b>Gráfica 23: Mortalidad materna vs Fecundidad en Perú, por años.....</b>	<b>193</b>
<b>Gráfica 24: Mortalidad materna vs Insatisfacción de planificación familiar en Perú por años.....</b>	<b>194</b>
<b>Gráfica 25: Mortalidad materna vs Uso de métodos anticonceptivos modernos en mujeres fértiles en Perú por años.....</b>	<b>194</b>
<b>Gráfica 26: Mortalidad materna vs Controles prenatales en Perú por años.....</b>	<b>199</b>
<b>Gráfica 27: Mortalidad materna vs Mujeres con sobrepeso.....</b>	<b>213</b>
<b>Gráfica 28: Mortalidad materna vs Tuberculosis en Perú por años.....</b>	<b>214</b>
<b>Gráfica 29: Mortalidad materna vs Malaria.....</b>	<b>214</b>
<b>Gráfica 30: Mortalidad materna vs Matrimonios registrados.....</b>	<b>216</b>
<b>Gráfica 31: Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años alguna vez embarazadas.....</b>	<b>217</b>
<b>Gráfica 32: Mortalidad materna vs mujeres económicamente activas en Perú por años.....</b>	<b>227</b>
<b>Gráfica 33: Gráfica comparativa de países y microcréditos.....</b>	<b>231</b>
<b>Gráfica 34: Monto de préstamos de microcréditos a distintos países.....</b>	<b>232</b>

<b>Gráfica 35: Mortalidad materna vs Jefatura de mujeres en el hogar.....</b>	<b>233</b>
<b>Gráfica 36: Pobreza y jefatura del hogar en Perú para distintos años.....</b>	<b>234</b>
<b>Gráfica 37: Mortalidad materna vs escolarización en Perú por años.....</b>	<b>235</b>
<b>Gráfica 38: Mortalidad materna vs Nivel educativo de mujeres por años.....</b>	<b>236</b>
<b>Gráfica 39: Mortalidad materna vs Violencia ejercida hacia la mujer por su pareja.....</b>	<b>238</b>
<b>Gráfica 40: Mortalidad materna vs Gasto del hogar en salud.....</b>	<b>239</b>
<b>Gráfica 41: Mortalidad materna vs afiliación a la seguridad social en Perú por años.....</b>	<b>240</b>
<b>Gráfica 42: Capacidad para decidir sobre los alimentos.....</b>	<b>241</b>
<b>Gráfica 43: Mortalidad materna vs Hogares con agua y drenaje en Perú por años.....</b>	<b>242</b>
<b>Gráfica 44: Mortalidad materna vs hogares con electricidad en Perú, por años.....</b>	<b>243</b>
<b>Gráfica 45: Mortalidad materna vs hogares con teléfono fijo en Perú, por años.....</b>	<b>244</b>
<b>Gráfica 46: Mortalidad materna vs hogares con telefonía móvil en Perú, por años.....</b>	<b>244</b>
<b>Gráfica 47: Mortalidad materna vs hogares con internet en Perú, por años.....</b>	<b>245</b>
<b>Gráfica 48: Calidad del empleo de 1990 a 2014, por género.....</b>	<b>249</b>
<b>Gráfica 59: Mortalidad materna vs PIB de Perú por años.....</b>	<b>250</b>
<b>Gráfica 60: Mortalidad materna vs Gasto en salud.....</b>	<b>251</b>
<b>Gráfica 61: Comparativo de gasto en salud en distintos países de Latinoamérica 1990/2008.....</b>	<b>252</b>
<b>Gráfica 62: Mortalidad materna en Perú vs comparativo del tamaño de la población por regiones, año 2007.....</b>	<b>255</b>
<b>Gráfica 63: Mortalidad materna en Perú vs comparativo del tamaño de la población por regiones, año 2015.....</b>	<b>256</b>
<b>Gráfica 64: Mortalidad materna vs número</b>	



de hospitales en Perú, por años.....	257
<b>Gráfica 65: Mortalidad materna y hospitalizaciones de mujere en embarazo, parto o puerperio en Perú, por años.....</b>	<b>258</b>
<b>Gráfica 66: Mortalidad materna y partos atendidos en establecimientos de salud en Perú, por años.....</b>	<b>258</b>
<b>Gráfica 67: Mortalidad materna y atención prenatal en Perú, por años.....</b>	<b>259</b>
<b>Gráfica 68: Mortalidad materna vs personal de salud (médicos y obstetras) en Perú, por años.....</b>	<b>261</b>
<b>Gráfica 69: Hospitales y Gineco Obstetras en Perú por departamento, 2013.....</b>	<b>262</b>
<b>Gráfica 70: Establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales básicas por disponibilidad de equipos e instrumental de emergencia obstétrica, según departamento, 2013.....</b>	<b>263</b>
<b>Gráfica 71: Mortalidad materna vs democracia en Perú.....</b>	<b>264</b>

#### Índice de tablas

<b>Tabla 1: Detalle de las entrevistas y perfil de los entrevistados.....</b>	<b>23</b>
<b>Tabla 2: Marco metodológico para el análisis de la mortalidad materna....</b>	<b>31 y 85</b>
<b>Tabla 3: Causas de muerte materna en Perú del 2007 al 2011.....</b>	<b>121</b>
<b>Tabla 4: Comparativo de las regiones del Perú con más mortalidad materna, sus avances en ese tema y su IDH 2003 y 2012.....</b>	<b>137</b>
<b>Tabla 5: Principales características de la política de salud materna en Perú.....</b>	<b>170</b>
<b>Tabla 6: Comparativo de los períodos presidenciales de Perú y su política de salud materna, de 1990 al 2015.....</b>	<b>171</b>
<b>Tabla 7: Factores de riesgo asociados a la Mortalidad Materna identificados en la política de salud materna, Perú.....</b>	<b>175</b>
<b>Tabla 8: Perú, resumen de principales indicadores</b>	

<b>socioeconómicos durante algunos años de los Objetivos del Milenio.....</b>	<b>177</b>
<b>Tabla 9: Cuadro comparativo de la pobreza en Perú por distintos años.....</b>	<b>181</b>
<b>Tabla 10: Cuadro comparativo del IDH, Perú distintos años.....</b>	<b>181</b>
<b>Tabla 11: Avances del cumplimiento de metas del Perú en los ocho Objetivos del Milenio.....</b>	<b>182</b>
<b>Tabla 12: Comparación de algunos países europeos sobre cómo se lleva el parto.....</b>	<b>205</b>
<b>Tabla 13: La interculturalidad en la política de salud en el Perú.....</b>	<b>212</b>
<b>Tabla 14: Mujeres y hombres que conducen parcelas por condición de tenencia de título de propiedad según departamento en Perú, 2012 .....</b>	<b>229</b>
<b>Tabla 15: Población total, indígena y Razón de Muerte Materna en Perú, 2007.....</b>	<b>253</b>
<b>Tabla 16: Objetivos que debería de tener la política de Perú y cómo podría medirse.....</b>	<b>275</b>

## Capítulo 1

### Aspectos generales de la tesis

#### 1.1 Introducción general

En el mundo la mortalidad materna es un problema que se elevó a la agenda pública internacional en los Objetivos del Milenio (en adelante se mencionará como ODM). Estos objetivos, instaban a los países, sobre todo a los más pobres que tenían tasas de mortalidad muy altas, a disminuirla en un 75% durante un periodo de tiempo de 1990 a 2015.

Pocos países lograron reducir el problema, entre ellos sobresale el caso del Perú. Dicho país, tenía la tercera tasa de mortalidad materna más alta del continente americano (tan solo superadas por Honduras, Bolivia y Haití). En Perú, de 251 muertes por cada 100,000 nacimientos que se presentaban en 1990, para el 2015 logró bajarla a 68 muertes por cada 100,000 nacidos vivos. La meta requerida eran 66 muertes por cada 100,000 nacimientos (Banco Mundial, 2017). De esto, hay pocas investigaciones al respecto, por lo que de entre otras cosas, esta es una de las aportaciones de este trabajo: el análisis de un caso exitoso en la lucha contra la mortalidad materna a partir de un modelo metodológico basado en la teoría de capacidades.

Algunas teorías sostienen que a mayor desarrollo socioeconómico existe una mejora en la salud; sin embargo, también la relación puede ir hacia el otro lado: con una mejora en la salud se alcanza niveles de desarrollo socioeconómico más altos. Perú era un país que de 1990 a 2007 (17 de los 25 años de los objetivos del milenio) estuvo clasificado por el Banco Mundial como un país con un ingreso medio bajo. De 2008 al 2015, recibió una clasificación por el mismo organismo de país de ingreso medio alto (Banco Mundial, 2018).

Sen (1999) y Deaton (2013) plantearon la discusión sobre las capacidades que impiden o permiten que haya una mejora en la situación de salud de las personas, sin importar el nivel socioeconómico de la sociedad donde habitan o viceversa: aunque el país tenga niveles socioeconómicos altos no garantiza que toda su población goce de salud, pues hay exclusión. Así mismo Sen (1999) plantea que no es necesario invertir grandes cantidades de recursos en la salud, sino en capacidades.

Perú es un país que se ajusta a la descripción teórica anterior, pues es un país con ingresos medios y que su nivel de mortalidad materna bajó a pesar de la disminución del gasto en salud. Perú, de tener un gasto en salud de 3,232,659 millones de soles que invirtió en 1994, para el 2015 reportó gastos por 24,884 millones de soles. Lo equivalente a (986,469.17 y 7,593,53 millones de dólares respectivamente) (INEI, 2017). De hecho, comparado con el gasto de salud de distintos países de Latinoamérica (ver gráfica 61: Comparativo de gasto en salud en distintos países de Latinoamérica 1990/2008). Perú tuvo un gasto en público en salud como porcentaje del PIB de 1.4% del 2000 al 2001 y de 1.2 del 2007 al 2008, no sólo bajó su gasto, sino que estuvo por debajo del promedio de gasto en salud de Latinoamérica, el cual fue de 2.7% y 3.2% en los mismos años. Por lo que el argumento de la baja inversión en salud y la disminución de la mortalidad materna se ejemplifica con estos datos.

Sin enfocar el análisis sólo en “nivel socioeconómico-salud” como metas por alcanzar en los países, esta investigación trata de aportar al debate, el análisis de las capacidades, los factores que estuvieron presente como intermediarios de esta relación (nivel económico-salud) y que hicieron posible que se lograra la disminución de la mortalidad materna; es decir, el proceso que se siguió, las capacidades que contenía la política y que fueron otorgadas a las mujeres o su entorno para sobrevivir a un embarazo o posterior a él. A estos factores que contribuyeron a generar las relaciones entre salud y desarrollo en esta investigación se le llama “capacidades” pues se toma el concepto de distintos autores, entre ellos Amartya Sen (1999) como principal expositor.

De esta manera, el estudio trata de encontrar las capacidades que la política pública otorgó a las mujeres peruanas para que vivieran un embarazo, el parto y el puerperio saludable y se disminuyera la mortalidad materna y aportar un modelo metodológico para su análisis a partir de la proposición de una lista, no exhaustiva, de capacidades y la operacionalización de la variable “capacidades que deben ser otorgadas para la disminución de la mortalidad materna” y sus respectivos indicadores (que son las capacidades a estudiar); para posteriormente tratar de probar dichas capacidades en el caso Peruano y el éxito de su política en la disminución de la mortalidad materna.

## 1.2 El problema y su debate teórico

(Para el estudio del problema y su debate teórico se presenta el siguiente resumen del capítulo 2)

El estudio de la salud materna, y el fracaso de esta, vista como la mortalidad, es un problema que tiene muchas aristas y que también es altamente evitable. Además de las cifras que arroja, la gravedad estriba en las repercusiones sociales que esto conlleva y en ser un indicador de la calidad de los servicios de salud en un país (CONEVAL, 2012: 11, 22). La mortalidad materna sucede durante un período de la vida de las mujeres en el que son jóvenes, fértiles y productivas (aproximadamente de entre los 10 a los 50 años), convirtiendo esto en una muerte prematura, donde se pierden activos humanos, los cuales dejan de contribuir durante su mayor potencial. Por este motivo, “la disminución de la mortalidad materna” se subió a la agenda internacional como meta a alcanzar en 20 años, de 1990 a 2015 dentro de los ODM. Muchos países se comprometieron a incluirlo como parte de sus políticas públicas nacionales y a reducir 75% de sus cifras, así como a lograr la cobertura universal de la asistencia especializada al parto para el 2015 (OMS, 2015).

Los países que más presentaban esta problemática tenían un nivel medio o bajo de desarrollo; concentrándose el problema sobre todo en sus zonas rurales. Para las naciones pobres, la meta era difícil de alcanzar, pues el sentido común, o tal vez la lógica, podría indicar que a mayores niveles económicos y de desarrollo de los países, existe una mejoría en la salud y por lo tanto una disminución en la mortalidad en términos generales (y de la materna en particular). Sin embargo, la evidencia empírica señala que no siempre los mayores niveles económicos crean individuos más saludables, como se observa en el los casos de Estados Unidos y Rusia (ver Deaton 2013: 21-22).

Sen (1999) hace este replanteamiento sobre la relación que existe entre el desarrollo económico y la salud y sostiene que no siempre la mayor inversión en salud da como resultado una mejor salud en las personas, porque existe quien está excluido del desarrollo y que para evitar esto no ocurra, la política pública debe intervenir (Sen, 1999: 44, 46-49). Ejemplo de lo anterior, son los casos del estado indio de Kerala, China, Sri Lanka y Costa Rica, que eran o son lugares pobres o de ingreso medio y que lograron incrementar los niveles de salud (Sen, 1999: 46-49). A esta discusión se agregan los ejemplos de Bangladesh, Camboya, China, Egipto, Etiopía, Laos, Nepal,

Perú, Ruanda y Vietnam que tuvieron una reducción de la mortalidad materna a pesar de los bajos niveles relativos de gastos en salud y en el PIB per cápita, además de los considerables retos políticos y socioeconómicos que enfrentaron en su momento (Kuruvilla *et al*, 2014: 541).

Existen factores que vinculan la relación entre mayor ingreso y mejor salud, o viceversa, incluyen o excluyen a las personas de los beneficios de desarrollo y causan que los índices de mortalidad disminuyen o aumenten. Algunos autores llaman a estos factores “los determinantes de la salud”, los cuales son condiciones estructurales, así como de vida y son las principales causas de las inequidades en salud, las diferencias sanitarias, injustas y prevenibles observadas dentro y entre países (Rivera y González, 2012: 280, Salgado y Guerra, 2014: 393-394). Estas condiciones son garantizadas por el Estado o el mercado; pero a su vez dichas condiciones individuales o grupales son determinados por “una gran variedad de procesos biológicos, sociales, económicos, culturales, tecnológicos e ideológicos” (Salgado y Guerra, 2014: 393-394). En la definición de Breslow, dichos determinantes de la salud son servicios proporcionados por el Estado y la salud es una construcción lograda a través del otorgamiento de capacidades a las personas, es decir: los determinantes de la salud se pueden cambiar o revertir a través del otorgamiento de capacidades (como se cita en Kickbusch, 2003: 384). Estas capacidades de acuerdo a Sen (1999) son las libertades de las que la gente puede disfrutar, lo que las personas valoran y tienen razones para valorar (Sen, 1999: 87). Las capacidades pueden cambiar los determinantes de la salud de manera positiva, aumentando el estado saludable de las personas.

Sen (1992 y 1999) identifica el problema de la falta de capacidades concretamente en las muertes de individuos del sexo femenino y lo llama “pérdida de mujeres” (“Missing Women”). Este fenómeno es muy común en el sur de Asia, el norte de África y China y tiene que ver con cuestiones médicas, sociales o demográficas más que con el bajo ingreso, pues la desnutrición, falta de atención en la salud y hasta la selección fetal contribuyen a acrecentar el fenómeno (Sen, 1992: 1; Sen, 1999: 20, 89, 106). Pero, sin lugar a dudas, las mujeres pobres tienen más vulnerabilidad a adquirir enfermedades (Lomelí *et al*, 2012; Sen, 2000: 40-44).

Dheeshana y Subadra (2011) retoman las teorías de Sen (1992,1999) sobre el desarrollo de capacidades aplicado a la mortalidad materna. Analizan 142 países en desarrollo bajo la metodología de componentes principales. Llegan a la conclusión de

que el desarrollo social<sup>1</sup> tiene efecto directo en la disminución de la mortalidad materna, al incrementar la capacidad reproductiva y la libertad, también a través del desarrollo de una política social (Dheeshana y Subadra, 2011: 228). Así mismo, el estudio encontró que el desarrollo político y social tuvo impactos positivos en el desarrollo y que se debe de fortalecer los esfuerzos en políticas públicas que permitan el desarrollo social, como por ejemplo, el cuidado de la salud, agua, comunicaciones, abortos seguros, etc. De igual manera, concluyen que en países de bajos niveles de desarrollo, se puede lograr la disminución de las muertes maternas con políticas que expandan las capacidades de la gente, en especial de las mujeres.

Cabe señalar que tanto Sen (1999) como Dheeshana y Subadra (2011) no se ciñen a capacidades específicas, sino que abren la posibilidad a todo aquello que pueda mejorar o cambiar la salud de las mujeres y eligen capacidades conforme a sus propios criterios y experiencia (Dheeshana y Subadra, 2011: 229).

### **1.3 Hipótesis**

En algunos países con niveles bajos o medios de desarrollo, se han implementado una serie de políticas públicas enfocadas al otorgamiento de capacidades a las mujeres (por ejemplo, con el aumento de la educación, trabajo remunerado, uso de anticonceptivos, controles prenatales etc.); a sus hogares (ej., afiliación a la seguridad social, agua y drenaje, electricidad, etc.) o a su entorno (ej., incremento de la infraestructura hospitalaria, incremento de personal capacitado para atender partos, democracia, gasto en salud, etc.) y por lo tanto, las condiciones socioeconómicas o de vida han mejorado, teniendo un impacto en la salud de las mujeres. Es así como, cuando cursan un embarazo, durante el parto o después de él la mortalidad materna disminuye.

### **1.4 Pregunta de investigación**

¿Qué capacidades necesita otorgar la política pública a las mujeres, a sus hogares y/o a su entorno, para que puedan mejorar sus condiciones de salud durante el embarazo

---

<sup>1</sup> Los autores toman la definición de desarrollo social de Sen la cual refleja “política social, incluyendo la construcción de infraestructura para la educación, cuidado de salud, seguridad social y trabajo social, y cultivo de las relaciones sociales entre diferentes personas dentro de la sociedad y al rededor del mundo” (como se cita en Dheeshana y Subadra, 2011::233)

y después de él y evitar así la muerte materna, aunque vivan en un país que no tenga niveles socioeconómicos altos?

## 1.5 Objetivos

El objetivo general de este trabajo es analizar cuáles son las capacidades que deberían de otorgarse a las mujeres (personales), a sus hogares o al entorno donde habitan (institucionales) y que han servido como catalizadores para promover la disminución de la mortalidad materna en un país con nivel de desarrollo medio o bajos. Para lograr este objetivo, se analiza el caso de Perú, el cual es un país con un nivel socioeconómico medio bajo y que implementó una serie de políticas que pudieron disminuir la mortalidad materna a los niveles marcados por los ODM.

Por lo anterior, en esta investigación, se pretende desarrollar los siguientes objetivos específicos de acuerdo a los capítulos propuestos (se omite el objetivo del capítulo 1, porque son los aspectos generales de la tesis):

- 1) *Objetivo del capítulo 2: Definición del enfoque de capacidades, su relación con otros y la construcción del marco metodológico para el análisis de la mortalidad materna*

Abonar en el referente conceptual que sirva como base para analizar la mortalidad materna.

Analizar el marco teórico a través de la definición de capacidades y su relación con otros conceptos.

Entender, las teorías sobre la relación que existe entre el desarrollo económico y la salud y viceversa, así como los determinantes de la salud y las exclusiones sociales de la salud y cómo las capacidades logran esta relación a través del institucionalismo.

Analizar los conceptos anteriormente citados para extraer variables de análisis.

Crear un listado, no exhaustivo, de las principales capacidades (variables) que ayudan a lograr la disminución de la mortalidad materna.

Operacionalizar la variable “capacidades que deben de ser otorgadas por la política pública para la disminución de la mortalidad materna”, para obtener indicadores.



Construir una propuesta metodológica que sirva como herramienta para analizar la disminución de la mortalidad materna desde el enfoque de capacidades.

2) *Objetivo del capítulo 3: La mortalidad materna en el mundo y en Perú*

Mostrar y analizar el contexto de la mortalidad materna en el mundo y la importancia de su estudio.

Describir el panorama general de la mortalidad materna, las distintas políticas y programas de salud que se desarrollaron para que la mortalidad materna disminuyera, dando importancia a los Objetivos del Milenio.

Estudiar el caso específico de Perú.

Revisar la situación de la mortalidad materna en Perú y la política pública implementada a través de los años de los Objetivos del Milenio (1990-2015).

3) *Objetivo del capítulo 4: Análisis de la disminución de la mortalidad materna en Perú bajo el enfoque de capacidades*

Mostrar con evidencia empírica (a partir de las estadísticas oficiales, distintos estudios y la recabada durante el trabajo de campo) cómo a nivel país, el aumento en distintas capacidades y el otorgamiento de las mismas a través de la política pública ayudó a la disminución de la mortalidad materna en Perú.

4) *Objetivo 5: Conclusiones*

Emitir conclusiones y algunas recomendaciones de política pública.

## **1.6 Justificación**

Para dar una justificación sobre este trabajo, hay que plantearnos dos preguntas y sus posibles respuestas. La primera es: ¿Por qué analizar la mortalidad materna a partir de las capacidades? Y la segunda, ¿Por qué estudiar el caso de Perú?

Para dar respuesta a la primera pregunta se puede retomar el estudio de Karam *et al* (2007) donde se concluye que no sólo las causas médicas influyen en la mortalidad materna, sino una serie de determinantes socioeconómicos de las mujeres. Pero es hasta el estudio realizado por Dheeshana y Subadra (2011) donde, tomando las teorías de Sen (1999) sobre las capacidades, se llega a la conclusión de que el problema de la mortalidad materna es multicausal y responde a una serie de variables de diversa

índole por lo que se insiste en la importancia de abordar el problema más allá de lo clínico.

Por estudios citados más adelante, las intervenciones de gobierno en una población específica, como lo son las mujeres en edad reproductiva y de acuerdo a la evidencia empírica, logró reducir la mortalidad materna. No importa si esto se realizó en contexto socioeconómico alto o si fue debido a la mejora en salud que la situación de la población mejoró. Lo que interesa es analizar estos factores intermedios entre la relación contexto socioeconómico-salud que hicieron posible mitigar el problema. Estos factores intermedios son las capacidades que Sen (1999) menciona.

Citar las teorías sobre el nivel socioeconómico y la mejora en la salud es importante, ya que se piensa que sólo las sociedades con más recursos económicos, pueden hacer que la población sea más saludable. Aunque esto sí sucede la mayor parte de las veces, hay casos de países que teniendo muchos recursos, como los Estados Unidos, su mortalidad materna es comparable a países pobres como Laos (Banco Mundial, 2017). Por esta razón y para efectos de esta tesis, se toman los enfoques teóricos de Sen 1999 y Deaton 2003, que dicen que son las capacidades otorgadas a los individuos a través de la política pública, y no su nivel socioeconómico, los que impactan en la salud. El caso del Perú ilustra esta teoría, pues fue gracias a las políticas implementadas, y no tanto a los niveles de desarrollo, que se logró disminuir la mortalidad materna.

La política pública puede analizarse de diferentes maneras, como lo propone Bardach<sup>2</sup> o Theodolou<sup>3</sup> por poner tan solo unos ejemplos. Sin embargo, lejos de analizar por pasos o etapas las políticas de salud materna, el análisis de esta investigación, se concentra en tratar de averiguar cuáles fueron las capacidades contenidas en la política implementada, que al ser enfocadas a las mujeres, sus hogares y/o su entorno, lograron que la mortalidad materna disminuyera. Al identificar

---

<sup>2</sup> Los pasos que Bardach propone son: 1) Definición del problema, 2) Obtención de información 3) Construcción de alternativas, 4) Selección de criterios, 5) Proyección de los resultados, 6) Confrontación de costos, 7) Decida, 8) Cuente la historia. (Bardach, 1998: 115-145)

<sup>3</sup> Los pasos que propone Theodolou son los siguientes: 1) Reconocimiento del problema e identificación de los asuntos relevantes. 2) Establecimiento de la agenda. 3) Formulación de la política. 4) Elección de la política. 5) Implementación de la política. 6) Análisis y Evaluación de la política (Theodolou, 1995)

dichas capacidades, se pueden diseñar políticas públicas de salud, replicarse en otros contextos y adaptarse a las políticas de otros países.

¿Por qué el caso de Perú?

Geddes (2003) indica las formas de elegir los casos. En lugar de seleccionar todos los casos de estudio, se debe seleccionar algunos. Primero: deben de ser casos representativos del dominio y las categorías que se quieren probar. Segundo: los casos usados para probar argumentos deben de ser diferentes de aquellos donde los argumentos son inducidos, porque el análisis no propone un argumento en primer lugar si los casos no lo generaron. (Geddes, 2003: 132). Es así como: 1) Perú es un país que tenía niveles económicos bajos, 2) su gasto en salud fue de los menores en Latinoamérica e incluso disminuyó con los años<sup>4</sup> 3) su política pública otorgó una serie de capacidades a las mujeres de manera individual, al hogar y al entorno que hicieron que la mortalidad materna disminuyera.

Para Perú, se tienen los índices de la disminución, es decir el resultado final de la política; por esta razón se decidió hacer entrevistas a profundidad para indagar en lo que realmente interesa: observar cómo se aplicó la política (enfocándonos en las capacidades otorgadas a las mujeres las cuales lograron la disminución de la mortalidad materna), lo cual ofrece una información adicional a las encuestas y cifras oficiales. Se enfocó en el proceso, los detalles, los aciertos y errores, en resumen, lo que hizo a un país ser más exitoso para bajar los índices de mortalidad, bajo qué conceptos y en qué variables se vieron afectados dichos resultados. No todas las estadísticas con las que se cuentan brindan esos detalles. Un número (el índice de mortalidad materna por sí solo) no establece una relación causal explicativa de qué fue lo que hizo ese resultado; pero al estudiar el caso en particular de la política del país, lo que se quiere es “conocer, explicar e interpretar casos o fenómenos que se consideran particularmente relevantes; y para hacer progresar la teoría con la que se cuenta sobre esos casos o fenómenos” (Aragón y Guibert, 2016: 64). También, como lo explica Geddes (2003), el análisis puede identificar más de un importante factor

---

<sup>4</sup> Perú tiene uno de los gastos más bajos de salud comparado con el resto de los países de Latinoamérica (Sánchez, 2013: 44; Martínez y Collinao, 2008) y de acuerdo a los datos publicados en el INEI (2018), su gasto en salud disminuyó en los últimos 10 años. Todo esto se detalla en las Gráficas 60 y 61.

casual. Cuando una causa hipotética es considerada, dos causas son suficientes para estimar la relación entre la causa sugerida y el resultado. (Geddes, 2003: 135).

El estudio se enmarca el período histórico que va desde 1990 al 2015 (fecha en que se pusieron los ODM), donde los países se comprometieron a bajar los índices. Es importante el establecimiento de la temporalidad en el estudio, ya que los ODM abarcaron muchos años, en los cuales en Perú se tuvieron periodos de tiempo que marcaron a esta nación y sobre todo, distintos tipos de gobierno con alternancia política, donde todo lo anterior pudo haber afectado o no las políticas públicas, por lo que “en el marco de la investigación en política pública comparada atiende a preguntas sobre las coyunturas históricas críticas que atravesó el problema, porque remite a procesos sociales y políticos que indudablemente trazan un derrotero en el tiempo y sucesivas tomas de posición del Estado y maneras particulares de atender una cuestión” (Bulcuf y Cardozo, 2008: 18).

## **1.7 Estructura**

La investigación está estructurada en cinco capítulos.

En el primer capítulo, se muestran los aspectos generales de la tesis: hipótesis, pregunta de investigación, objetivos, justificación, etc.

En el segundo, se realiza una revisión y discusión sobre la teoría existente y sus principales ejes temáticos de las capacidades, los cuales son varios: 1) la relación entre el desarrollo económico y la salud, 2) los determinantes de la salud como capacidades y 3) el enfoque de capacidades, las cuales hacen posible que los individuos sean saludables en específico durante la gestación o después de ella (llámese parto o 40 días posteriores a él), 4) el otorgamiento de capacidades a través del institucionalismo y la política pública, 5) la exclusión de la salud y cómo esta se relaciona con las capacidades. A partir de la revisión de las teorías se extrae una lista de capacidades que la política de salud debe de tener para evitar la mortalidad materna, es decir, se establece un marco metodológico como propuesta para analizar el problema.

En el tercer capítulo, se expone el contexto de la mortalidad materna en el mundo y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en el tema de la mortalidad materna (1990-2015). Se citan varios estudios complementarios y diversos autores que aportan a la discusión; así como las visiones de organismos internacionales. Se hace

una revisión del caso de Perú, la situación de la mortalidad materna a través de los años de los ODM, así como una revisión de las políticas implementadas.

En el cuarto capítulo, se realiza el análisis empírico en el que se trata de probar la hipótesis y sus objetivos todo ello a través de la propuesta metodológica para el análisis de las capacidades en la disminución de la mortalidad materna. Para ello, se muestra con evidencia empírica cómo el enfoque de capacidades puede ayudar a la disminución de la mortalidad materna. Se cita parte del trabajo de campo con el fin de contribuir al análisis empírico de las políticas de salud peruanas.

En el quinto capítulo se establecen conclusiones y recomendaciones de política pública. Se identifican además algunos retos que enfrenta la política peruana para la disminución futura de la mortalidad materna, dejando con esto abierto a la posibilidad de estudios posteriores.

## **1.8 Metodología**

En primer lugar se explica la construcción y selección del caso, así como la unidad de análisis. De acuerdo a Yin (2003), “un estudio de caso es una pregunta empírica que investiga un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto de vida real, sobre todo cuando los límites entre el fenómeno y contexto no son claramente evidentes” (Yin, 2003: 13) o explicado de otra manera “un estudio de caso sistematiza a lo largo de un período de tiempo una o varias experiencias o procesos, sus momentos críticos, actores y contexto con el fin de explorar sus causas, y entender por qué la/s experiencia/s o proceso/s objetivo de estudio se desarrolló como lo hizo, obtuvo los resultados que obtuvo, y qué aspectos merecen atención particular en el futuro [...] El caso de estudio es un método de investigación cualitativa, aunque puede incluir evidencia cuantitativa. El estudio de caso usa múltiples fuentes de evidencia y explora el objetivo de estudio dentro de su contexto. Esas fuentes de evidencia incluyen documentos, archivos, entrevistas, observaciones directas, u objetos” (Banco Interamericano de Desarrollo, 2011: 2)

Esta investigación se centra en el caso de Perú porque fue un país que logró bajar su mortalidad materna y avanzar en los objetivos del milenio. Perú como caso de estudio simple, representa un fenómeno que puede ser estudiado desde la perspectiva de la política pública, es decir, “la política pública implementada en ese país que logró

bajar la mortalidad materna” es la unidad de análisis y el contenido de la misma es lo que se está investigando. Cabe señalar que la tesis no se enfoca en las mujeres, si no sería una tesis de género o de economía si se enfocara en el hogar o en el entorno, pero la política incide en estos tres sujetos. Debido al establecimiento de la unidad de análisis como “la política pública de salud de un país”, por eso se entrevistaron a los hacedores de política pública y no a las mujeres, ni se encuestaron hogares o se analizó las regiones.

“La unidad de análisis es el qué o quién que está siendo explorado. Es decir, es donde se enfoca la mirada de quien elabora el Caso con el fin de recolectar información y responder a las preguntas planteadas. Estas preguntas darán la pauta para definir si el estudio se enfoca en todo el proyecto o iniciativa y sus resultados, o si alternativamente, el análisis se concentrará en alguna dimensión o proceso específico del proyecto o iniciativa [...]La unidad de análisis pueden ser individuos o grupos [...]; productos generados (políticas, publicaciones, noticias); o unidades geográficas (municipios, países, regiones), entre otras. Un Caso puede tener una unidad de análisis única o tener múltiples unidades de análisis según las preguntas de reflexión”. (Banco Interamericano de Desarrollo, 2011: 4)

Para analizar el caso, la metodología aplicada para la recolección de datos fue de carácter cuantitativa y cualitativa, pues citando a Yin (2003) “los estudios de caso pueden ser basados en cualquier mezcla de evidencia cuantitativa y cualitativa. Además, los estudios de caso no siempre necesitan incluir las observaciones directas y detalladas como una fuente de evidencia” (Yin, 2003: 14). Dado el carácter de la investigación, abordarla por y desde ambas metodologías, nos puede dar un panorama general del contexto, problema e identificación de las capacidades para una posterior solución y emisión de recomendaciones en política pública. Además, si el estudio se quedara simplemente con el método cuantitativo, dada la manera en que Perú recogió sus estadísticas sobre salud sexual y reproductiva y mortalidad materna, y la forma en que las presentan, dichas cifras contienen solo algunas variables a analizar, con pocos detalles sobre la situación socioeconómica o cultural de las mujeres, sus hogares o su entorno. Yin (2003) sostiene que “El estudio del caso confía en muchas de las mismas técnicas como una historia, pero esto agrega dos fuentes de evidencia normalmente

no incluidas en el repertorio de los historiadores: la observación directa y la entrevista sistemática” (Yin, 2003: 8).

Por esta razón, se decidieron dos cosas. La primera fue analizar el problema desde una perspectiva macro, mostrando al país en general y no los casos de mujeres en particular, por la falta de información individual disponible. La segunda, fue hacer entrevistas a profundidad, sobre todo a los funcionarios públicos que fueron los encargados de desarrollar e implementar la política en el Perú, para identificar cuáles fueron los factores de éxito, es decir, las capacidades que la política implementó para que se redujera la mortalidad materna en dicho país. Esto cumplía el propósito del estudio, ya que si se concentraba en entrevistar a las familias que perdieron una mujer por muerte materna, para eso existen las autopsias verbales que determinan, entre otras cosas, cómo falló el nivel de atención y se enfocan en dar recomendaciones a nivel médico pero también socioeconómico. Así como el “método de las hermanas” que Perú ya utilizó para recabar sus estadísticas en las encuestas nacionales.

Las entrevistas se realizaron, debido a la falta de estadísticas a nivel desagregado. Robles (2011), menciona lo siguiente:

“Los métodos cualitativos se apoyan en la “interpretación” de la realidad social, los valores, las costumbres, las ideologías y cosmovisiones se construirán a partir de un discurso subjetivo, ya que el investigador asignará un sentido y un significado particular a la experiencia del otro. Dentro de los estudios cualitativos existen diferentes técnicas que ayudan a aproximarse a los fenómenos sociales, entre estas la entrevista en profundidad juega un papel importante, ya que se construye a partir de reiterados encuentros cara a cara del investigador y los informantes con el objetivo de adentrarse en su intimidad y comprender la individualidad de cada uno” (Robles, 2011: 40).

Se entrevistó a 14 personas, mediante la técnica de entrevistas a profundidad. Se buscó una visión multidisciplinaria que se puede resumir en tres grandes rubros: funcionarios, académicos y representantes de ONG (de corte liberal y conservador). Sus perfiles fueron: funcionarios públicos de alta experiencia en la toma de decisiones estratégicas, destacando que 3 de ellos eran médicos y además una de ellos académica, por lo que tenían experiencia profesional y de investigación. Estos funcionarios eran encargados del diseño e implementación de las políticas públicas y tomadores de decisiones (nivel de directivos). Los activistas (con el fin de contrastar la

opinión de los funcionarios públicos, todos tenían el perfil de directores o presidentes de asociaciones enfocadas a la salud sexual-reproductiva o de grupos conservadores (próvida) o expertos en la materia (entre ellos destacan una pregunta en persona que pude hacerle a Amartya Sen). En total de 8 mujeres y 6 hombres. Para citarlos, se menciona por primera vez su cargo para contextualizar, la siguiente vez sólo se cita por su apellido y se especifica que fue “comunicación personal” sostenida con ellos conforme las normas APA. La siguiente tabla muestra las características de las entrevistas y los entrevistados.

**Tabla 1: Detalle de las entrevistas y perfil de los entrevistados**

<b>Nombre del Informante</b>	<b>Perfil</b>	<b>Criterio para entrar en la muestra</b>	<b>Lugar y Fecha</b>	<b>Duración de la entrevista</b>
Sen, Amartya	Premio Nobel de Economía	Por expertise académico y por ser de los principales autores citados sobre el tema de capacidades	Octubre 16 de 2015, Monterrey	9 minutos 4 segundos
Bretin, Hélène	Investigadora del Institut de la Recherche Interdisciplinaire sur les enjeux sociaux sciences sociales, politique, santé	Por su expertise académico en temas relacionados con anticoncepción y salud materna	Febrero 24 de 2016, París	1 hora, 17 minutos, 43 segundos
Choque Larrauri, Raúl	Ex consultor para el Ministerio de Salud y ex director regional de promoción y desarrollo de Huancavelica	Por haber sido funcionario público encargado de la implementación del programa Proyecto 2000	Abril 6 de 2016, Lima	22 minutos 37 segundos



	(interculturalidad del Proyecto2000)			
Del Carpio Ancaya, Lucy Virginia	Médico, investigadora y catedrática de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Coordinadora Nacional de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud de Perú	Por expertise académico y por ser funcionaria pública encargada de desarrollo e implementación políticas públicas a nivel ministerio de salud (toma de decisiones)	Abril 6 de 2016, Lima	41 minutos 43 segundos
Masumura Tanaka, Víctor Fernando	Ex coordinador de la Administración Financiera del programa ParSalud, Ministerio de Salud de Perú	Por ser funcionario público que se encargó de desarrollar e implementar el programa PARSALUD	Abril 8 de 2016, Lima	48 minutos 39 segundos
Vigo Valdez, Walter	Ex Coordinador General del Programa Par Salud	Por experiencia profesional y por ser funcionario público encargado del diseño e implementación del programa ParSalud (nivel toma de decisiones, diseño e implementación de política)	Abril 19 de 2016, Lima	1 hora 16 minutos 56 segundos
Olea Mauleón, Cecilia	Presidenta del Directorio del Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán	Por ser activista en temas de derechos sexuales y	Abril 20 de	46 minutos 34

		reproductivos y porque, normalmente las opiniones de los activistas distan de las del gobierno y son necesarias para la triangulación	2016, Lima	segundos
Pinedo Bentos de Colonna, Victoria Alejandrina	Ex directora ejecutiva de comunicaciones Proyecto 2000, Ministerio de Salud	Por ser funcionaria pública encargada de implementación del programa Proyecto 2000	Abril 20 de 2016, Lima	54 minutos 53 segundos
Quiñones Colchado, Rosa Elva	Decana del Colegio de Obstetras del Perú	Expertise académico y profesional	8 de mayo de 2016, Lima	1 hora 15 minutos 58 segundos
Tavera Salazar, Mario	Médico, asesor del Viceministro de Salud Pública del Ministerio de Salud de Perú, ex especialista en salud UNICEF Perú	Por ser funcionario público encargado del desarrollo e implementación de políticas públicas de salud materna a nivel del ministerio público y de nivel de organismos internacionales	Mayo 31 de 2016, Lima	48 minutos 12 segundos
Tantaleán del Águila, Martín	Médico activista del grupo Pro Vida, ex presidente del Centro de Promoción Familiar y	Por ser activista en temas de derechos sexuales y reproductivos pero	Junio 16 de 2016, Lima	50 minutos 30 segundos

	Reconocimiento Natural de la Fertilidad	desde el punto de vista conservador, que se contrapone con el gobierno y los otros activistas entrevistados		segundos
Chávez Alvarado, Susana	Directora del Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos	Por ser activista en temas de derechos sexuales y reproductivos y porque, normalmente las opiniones de los activistas distan de las del gobierno y son necesarias para la triangulación	Abril 7 de 2017. Entrevista telefónica (Lima-Salttillo)	48 minutos 20 segundos
Romero, Martha Alicia y	Subdirectora de prevención y promoción para la salud de la Secretaría de Salud del Gobierno de Coahuila México	Expertise en temas de salud sexual y reproductiva, como médico y funcionaria pública (aunque de otro país)	29 de mayo de 2017, Saltillo	1 hora 11 minutos 07 segundos
Ristori Milla, Christina Ariatna	Jefa del Departamento de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud del Gobierno de Coahuila México	Expertise en temas de salud sexual y reproductiva, como médico y funcionaria pública (aunque de otro país)	29 de mayo de 2017, Saltillo	Entrevista hecha en conjunto con Romero

La técnica utilizada para la selección de los entrevistados (muestreo) fue “bola de nieve”, como lo describe Martínez-Salgado (2012), “bola de nieve o cadena (en donde se identifican los casos de interés a partir de alguien que conozca a alguien que puede resultar un buen candidato para participar)” (Martínez Salgado, 2012: 616), esto debido a que el rango de los entrevistados en la función pública a los que sólo podía acercarme o contactar debido a recomendaciones previas y contacto hecho por otros entrevistados.

Aunque el tamaño de la muestra no es muy grande, como lo dice la propia Martínez-Salgado (2012): “el tamaño de la muestra no se conoce al inicio, sino sólo cuando la indagación ha culminado. El diseño de muestreo orienta la forma en la que empieza a buscarse a los participantes, pero su incorporación se hace en forma iterativa, de acuerdo con la información que va surgiendo en el trabajo de campo. Como lo subrayan los expertos en esta modalidad de indagación, lo decisivo aquí no es el tamaño de la muestra, sino la riqueza de los datos provistos por los participantes, y las habilidades de observación y análisis del investigador” (Martínez-Salgado, 2012: 617) y se decidió detener las entrevistas cuando hubo saturación de información y las entrevistas no aportaban ninguna otra información nueva y repetitiva, incluso por parte de informantes (como sería el caso de activistas) que generalmente contradicen los puntos de vista oficiales (del gobierno).

Par la revisión y categorización de la información recopilada “se puede realizar con base en un conjunto de categorías o códigos previamente definidos, A medida que se va categorizando la información, se debe ir evaluando la solidez de las explicaciones que van surgiendo, contrastándolas con el resto de la información disponible y explorando críticamente explicaciones alternativas” (Banco Interamericano de Desarrollo, 2011: 6). Para analizar las entrevistas se realizó primero una categorización de variables y después se codificó las mismas. Se incluye el “árbol de análisis de las entrevistas” (ver diagrama 1) donde se muestra el resultado del análisis y la categorización de las mismas. No se utilizó ningún software para el procesamiento de las entrevistas, la categorización y codificación se hizo a mano y el análisis se realizó al citar los argumentos e ideas principales y contrastarlas con la teoría, otros estudios publicados, etc. En este punto también se “trianguló” la información para analizar las contradicciones y acuerdos surgidos entre los entrevistados.

En los estudios de caso “los métodos de recolección de datos incluyen cuestionarios, grupos focales, entrevistas, análisis de documentos y observación. Los Estudios de Caso generalmente combinan varios métodos de recolección de información (Banco Interamericano de Desarrollo, 2011: 4). El recojo de la información con entrevistas a profundidad permite ser un canal para tener información de primera mano, al entrevistar a actores que aplicaron las políticas o tomaron las decisiones sobre ellas o que fueron afectados por las mismas, conociendo así la implementación y los efectos de estas, esto con el fin, como lo sostiene Bulcounf y Cardozo (2008), de encontrar “elementos históricos, políticos, económicos y sociales para comprender los diferentes tipos de evolución de las políticas públicas, así como los rasgos que en distintos contextos presentan los cambios de rol de las organizaciones y del servidor público” (Bulcounf y Cardozo, 2008: 11).

Bulcounf y Cardozo (2008) discuten sobre los estudios del impacto de la política pública en la sociedad y concluyen que existen dos dimensiones: los actores que se movilizan en torno a los efectos que produjo una política pública y si la implementación de la política pública resolvió la cuestión para la cual fue formulada (Bulcounf y Cardozo, 2008: 14). Con las entrevistas a profundidad se indaga a cerca de estas dos cuestiones. No se investiga directamente a las usuarias/beneficiarias/afectadas de la política pública de salud materna, por dos cuestiones. La primera, porque la mortalidad materna es un tema muy sensible y sólo podrían contestar los familiares sobrevivientes que cargan ya con el peso de la tragedia, además de que es difícil encontrar a las entrevistadas por la cantidad y la dispersión (y con esto la inversión en recursos y tiempo no disponibles). La segunda es porque se supone que las estadísticas oficiales recogen datos sobre estas mujeres, tanto las vivas como las muertas. En las estadísticas oficiales peruana, no existe la disponibilidad de casos contabilizados de muerte materna con variables socioeconómicas que nos permiten hacer análisis, por lo que esto limita el alcance de la investigación. Los datos a nivel país que se presentan, nos da la pauta para emitir recomendaciones sobre cómo se deben de recoger las estadísticas en el futuro, qué variables deben de considerar, comparando cómo las recolecta un país de otro o en la creación de índices.

Se analiza qué características tuvo esa política, qué fue diferente, que la hizo exitosa y como guía para analizarla se da la lista de capacidades que se debieron de haber aplicado o si existieron otras que la hicieron exitosa, como se verá en el caso de

las adecuaciones culturales, que ningún autor las menciona en el marco teórico, pero para el caso del Perú resultaron ser fundamentales en la lucha contra la mortalidad en las regiones más marginadas, porque, cabe aclarar que esta tesis se trata sobre política pública, no sobre género o salud propiamente.

Para la identificación y elaboración de las definiciones de capacidades y su relación con otros conceptos, se recurrió a citar fuentes primarias y secundarias. Se revisaron políticas públicas, marcos jurídicos y un panorama histórico de las políticas de salud sexual y reproductiva a través de los distintos años y cambios en el gobierno de Perú, esto con el fin de dar un panorama general y poder entender el contexto y la problemática.

A partir del análisis de la teoría, se desprendieron los conceptos de “capacidades” de acuerdo a distintos autores. Esas capacidades dieron como resultado una serie de variables que se construyeron en tres dimensiones: nivel individual, nivel hogar y nivel entorno.

Cabe señalar que del marco teórico, al hacer un análisis de distintos autores, dio como resultado lo siguiente:

- 1) Los “conceptos” sobre capacidades que se tenían que otorgar a las mujeres a través de la política pública. De esto extrajo una lista que se dividían en tres grandes grupos: las capacidades de las mujeres, capacidades del hogar y capacidades del entorno.
- 2) Esta lista de capacidades dio como resultado las “variables” a analizar.
- 3) El análisis de las variables daría la construcción de indicadores, los cuales lejos de servirnos para evaluar la política pública, su alcance se delimitará a emitir recomendaciones de política pública.

Las capacidades que se convierten en variables de estudio. Estas variables, permiten determinar la ausencia o presencia de un determinado suceso o evento, el tipo particular de este suceso o evento y la frecuencia con que se observa este suceso o evento en un determinado rango de tiempo (Aragón y Guibert, 2016: 22). Las variables serán mostradas como evidencia empírica a nivel macro (país), por una serie de tiempo de 1990 a 2015 (o de acuerdo a la disponibilidad de información publicada en distintos años) haciendo un contraste de las mismas con la mortalidad materna para ver el comportamiento de ambas y tratar de obtener conclusiones. Tener datos de

manera individual sobre distintas variables para ser analizadas econométricamente hubiera sido lo ideal pero no se cuenta con esta información.

La construcción del marco teórico que se muestra a continuación, fue hecha a priori y a partir de las teorías analizadas (como se menciona anteriormente), después se hizo una categorización a posteriori sobre las entrevistas (de la cual se muestra el árbol de análisis de las mismas) y se regresó al marco teórico para complementar las variables que faltaban en el análisis con el resultado de las entrevistas.

**Tabla 2: Marco metodológico para el análisis de la mortalidad materna**

<b>Variable</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Subdimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Referencia de donde surge el indicador</b>
Nombre de la variable: capacidades que deben de ser otorgadas por la política pública para la disminución de la mortalidad materna	Las capacidades deben de ser otorgadas a las mujeres de manera individual	Capacidades de salud en general, de salud materna y reproductiva	Ausencia de desnutrición	Hernández y Palacio, 2012: 123; Lomelí et al, 2012: 254-255; Nussbaum, 2000: 78-80; Sen, 1999: 19; Plata, 2010: 71-72; Romero et al, 2010: 43
			Vacunas e inmunización	Dheeshana y Subadra, 2011:224; Welti, 2012: 71
			Anticonceptivos	CONEVAL, 2012: 25; Plata, 2010: 71-72; Romero et al, 2010: 43; Dheeshana y Subadra, 2011:224; Hernández y Palacio, 2012: 123; King et al: 2008, 13-43
			Controles prenatales	Dheeshana y Subadra, 2011:224; Santos, 2010: 25
			Parto humanizado y/o intercultural	MINSA, 2009: 38; Nureña, 2009: 374
			Detección de enfermedades y tratamientos por adicción	Hernández y Palacio, 2012: 123
			Captación y monitoreo de embarazos en menores de 18 y mayores de 35 años	Hernández y Palacio, 2012: 123; Plata, 2010: 71-72; Romero et al 2010: 43



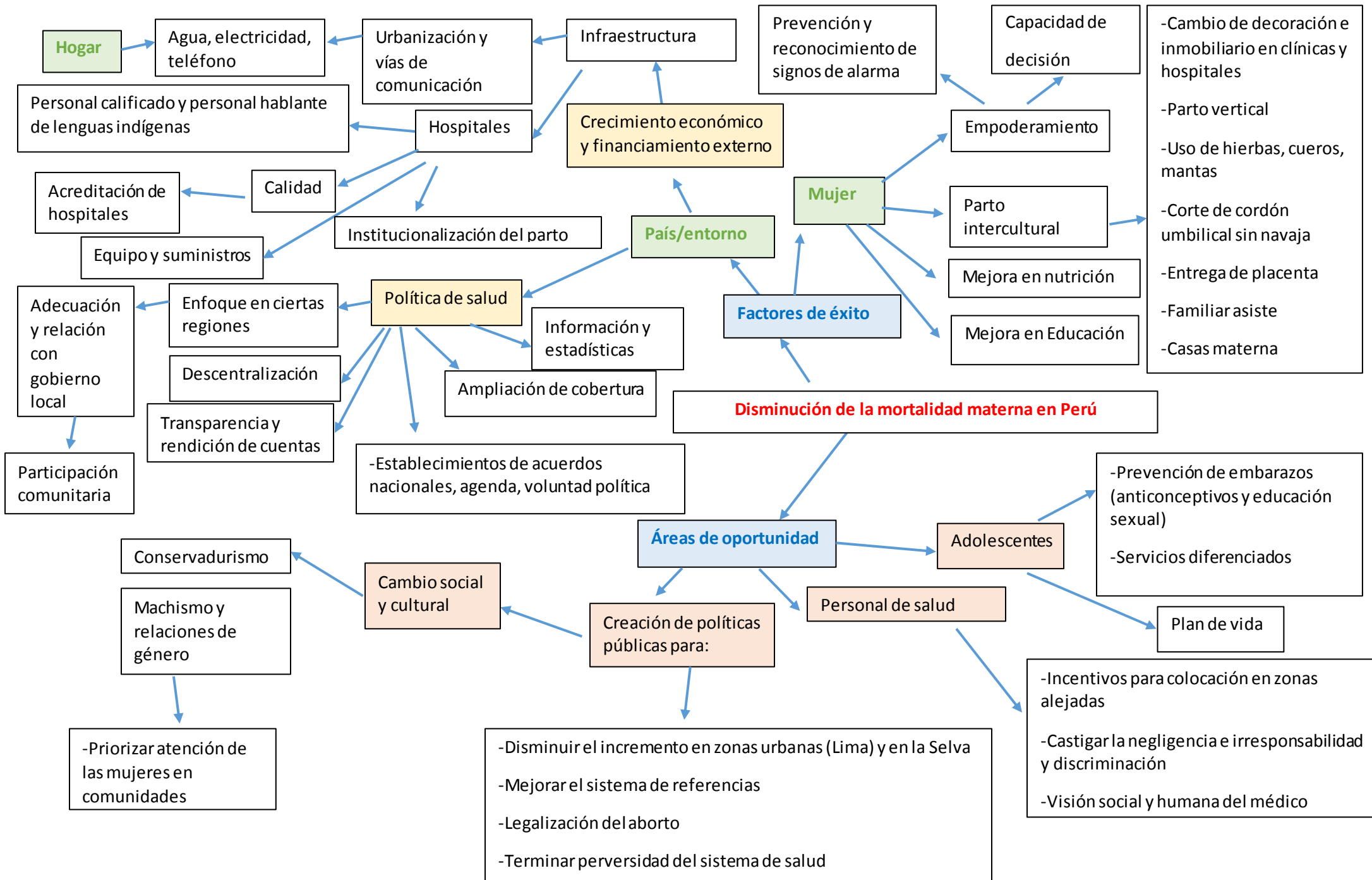
		Calidad de atención recibida asociados a la salud materna (ausencia de violencia obstétrica, de negligencia, de tiempos de espera para atención, etc.)	Santos, 2010: 25
	Capacidades económicas	Trabajo remunerado	Hernández y Palacio, 2012: 123; Nussbaum, 2000: 61; Plata, 2010: 71-72; Sen,1992: 1; Sen,1999: 218; Welte, 2012: 67
		Propietaria de casa o tierras	Nussbaum, 2000:78-80; Sen,1992: 1
		Microcréditos/ Microfinanzas	King et al: 2008, 13-43
	Capacidades sociales	Nivel educativo/años de escolaridad	Hernández y Palacio, 2012: 123; King et al: 2008, 13-43; Lomelí et al, 2012: 254; Nussbaum, 2000: 61; Sen, 1992: 1; Sen, 1999: 19; Sen, 2000: 34; Welte, 2012: 67
		Ausencia de violencia (psicológica, económica, sexual)	Chávez et al, 2010: 69; MINSA, 2009: 34; OEA, 1994.

Las capacidades que deben de ser otorgadas a los hogares donde viven las mujeres	Capacidades económicas	Ingreso del hogar y recursos destinados a la salud	Santos, 2010: 25
		Afiliación al seguro social	Hernández y Palacio, 2012: 123; Romero et al, 2010: 43; Sen, 1999: 131
		Decisión sobre los alimentos	Cartwright y Hardie, 2012: 80-81; Chávez et al, 2010: 72; Sen, 2000: 40-44
	Capacidades de infraestructura	Agua y drenaje	Hernández y Palacio, 2012: 123; Lomelí et al, 2012: 252-255; Welti, 2012: 67
		Electricidad	Dheeshana y Subadra, 2011:224
		Teléfono e internet	Dheeshana y Subadra, 2011: 224
	Capacidades culturales	Ausencia de impedimento o restricción para que la mujer sea atendida	Santos, 2010: 25

Las capacidades que deben de ser otorgadas al lugar/país donde habitan las mujeres	Capacidades económicas	Condiciones laborales adecuadas para embarazo y lactancia	Hernández y Palacio, 2012: 123
		PIB, porcentaje de gasto en salud y seguridad social	Dheeshana y Subadra, 2011:224, Sen, 1999: 10, 39
	Capacidades sociales	Ausencia de discriminación por origen racial o étnico	Welti, 2012: 67
	Capacidades de infraestructura	Acceso menor a dos horas de distancia a hospitales y centros de salud sin importar tamaño de localidad (urbano o rural)	Hernández y Palacio, 2012: 123; Lomelí et al, 2012: 252-255; Welti, 2012: 67
		Atención del parto por personal calificado (médicos, obstetrices, parteras)	Santos, 2010: 25; Dheeshana y Subadra, 2011:224

		Tecnología disponible para tratar complicaciones en el embarazo, parto o puerperio	Lomelí et al, 2012: 254
		Sistemas de referencia y coordinación entre los niveles de atención hospitalaria, disponibilidad de información, expediente clínico en red	CONEVAL, 2012: 18; Seclén-Palacín et al, 2003: 433;
	Capacidades políticas	Democracia, gobernanza y estado de derecho, libertad y participación política	Deaton, 2013:14; King et al: 2008, 13-43; Nussbaum, 2000: 61; Sen, 1995:10; Welte, 2012: 74
		Acceso al aborto legal	Dheeshana y Subadra, 2011:224

A continuación se presentan los resultados de la codificación de las entrevistas, en forma de árbol. Se trató de encontrar qué había sido lo que había producido la disminución de la mortalidad materna. El análisis arrojó que hubo factores de éxito pero también áreas de oportunidad en la política de salud materna de Perú, esto son señaladas en recuadros azules. Las variables en recuadros rosas responden a dichas áreas de oportunidad y las marcadas en naranja el éxito de la política. La división marcada en verde (recuadros) son las variables (capacidades) que la política de salud tenía y fueron dadas a las mujeres, hogares o al país para el cambio en la situación.



**Diagrama 1: Árbol de análisis de las entrevistas**

## **1.9 Recopilación de información teórica**

La recopilación de la información sobre fuentes secundarias estuvo centrada en varios autores especializados en teorías sobre la relación economía y salud, en los determinantes de la salud y el enfoque de capacidades, etc.; así como por estudios que mostraran la mortalidad materna en distintos países. Se revisó también las políticas públicas que existen a nivel mundial y a nivel nacional (Perú).

Las fuentes de información son principalmente libros que abordan la temática, estadísticas a nivel internacional publicadas por organismos internacionales, estadísticas de Perú publicadas por su gobierno, resultados de investigaciones empíricas y análisis bibliográfico de publicaciones y artículos sobre el tema hechos por el gobierno u organizaciones independientes.

## **1.10 Contribución de la investigación y alcances**

Este estudio trata, en primera instancia, de entender que la relación entre un mejor nivel socioeconómico de un país no es determinante, ni condición exclusiva, para lograr una mejora en la salud de las personas y en el caso específico para lograr la disminución de la mortalidad materna, sino que también la relación puede ir a la inversa y que un país puede ser pobre o de ingreso medio, pero que si existen una serie de “capacidades” dadas por la política pública hacia las mujeres embarazadas, la situación de salud puede incrementarse y por lo tanto disminuir la mortalidad. El estudio se aplica al caso de Perú con el fin de probar la hipótesis y de descubrir y analizar las capacidades que su política otorgó a las mujeres y su entorno para lograr el objetivo.

Dentro de las principales limitantes se encuentran la forma en que las estadísticas son recogidas y procesadas por el gobierno de Perú, dado que desde la fuente (sus encuestas nacionales) carecen de datos por omisión de llenado u omisión de alguna variable que este estudio ha identificado y no puede probar a nivel individual. Esta limitante repercute en poder realizar un análisis econométrico básico sobre el porcentaje o el sentido (positivo o negativo) en que una variable influye más que otra en la mortalidad materna. Por esta razón se muestran estadísticos a nivel macro (por país) y además fue necesario realizar las entrevistas a profundidad como una manera

exploratoria y de descubrir las capacidades que creó la política peruana para las mujeres.

Cabe señalar que el estudio tiene la otra limitante de que la temporalidad abarca 25 años (lo que duró los ODM). Este período de tiempo es muy amplio, por lo que revisar a detalle todo lo que se hizo en materia de salud pública en esos años resultaría en un trabajo de mayor extensión; por ese motivo solo se tomaron programas principales para la disminución de la mortalidad materna, libros que trataban del tema y artículos que evaluaban/criticaban programas o políticas, así como entrevistas a actores que participaron en ellas (la mayoría como funcionarios públicos o prestadores de salud), desde la implementación de las políticas públicas. Se hace una revisión de documentos disponibles.



## Capítulo 2

### Definición del enfoque de capacidades, su relación con otros y la construcción del marco metodológico para el análisis del problema

#### 2.1 Introducción

Mucho se ha discutido sobre la relación entre el ingreso, tanto de los individuos como de las naciones, (este último mostrado como Producto Interno Bruto total o per cápita) con la salud y con el incremento de los años de vida de las personas. Es cierto que el ingreso incide positivamente en el mejoramiento de la salud y el aumento de la esperanza de vida (como históricamente se ha demostrado); sin embargo, existen otras capacidades que han influido para que tanto el ingreso, la salud y la esperanza de vida mejoren, como lo son la educación, la nutrición, los avances tecnológicos, etc. Estos factores están ubicados de manera intermedia entre la relación “desarrollo-salud” y hacen posible que una u otra se incremente o no. A estos factores, conforme a lo revisado en la teoría con distintos autores, se les nombrará a lo largo de este estudio “capacidades”.

Los avances en la salud, no se han producido homogéneamente a nivel mundial y por lo tanto, se tiene la creencia de que algunos países que no han alcanzado un desarrollo económico considerable, nunca podrán hacer que sus habitantes logren una mejor calidad de vida, saludable, con altos niveles educativos y mejor nutrición. Por otra parte, en países donde el desarrollo económico ha estado presente desde hace tiempo, existe entre su población grupos que se encuentran excluidos de los beneficios del desarrollo, los cuales tiene índices de mortalidad parecidos a países pobres. Esto nos hace pensar que no siempre el desarrollo trae consigo una mejor calidad de vida o un menor índice de mortalidad.

Las políticas públicas y provisión de servicios sociales son lo que hace que la población que no tiene capacidad de acceder a los beneficios del desarrollo por cuenta o ingreso propio, pueda lograrlo, todo esto a través de las instituciones. Así mismo, la salud y la esperanza de vida contribuyen a hacer que un país tenga más ingresos y sea más productivo.

Sin embargo, no solamente la provisión de los servicios a través de la política pública, es lo único que mejora la salud de las personas. La salud tiene determinantes sociales (además de económicos, políticos y culturales) en los que los tomadores de

decisiones de políticas públicas también deben de enfocarse para corregir el problema. Siempre quedará población fuera del desarrollo, pero para aumentar las condiciones de salud de las personas, se debe de mejorar la educación de la población, sus hábitos alimenticios, sus condiciones sociales, lograr la equidad de género etc. Sen (1999), llama a todo esto capacidades.

Las mujeres, sobre todas aquellas de países en desarrollo o aquellas pobres en sociedades con ingresos medios o altos (de las que son excluidas) o que presentan ciertas características sociodemográficas, son un grupo más vulnerable, porque cuentan con menos capacidades. Dentro de todo este grupo, las más vulnerables son aquellas que se encuentran embarazadas y que se mueren por algunas cosas que determinan su estado de salud y por la falta de capacidades que no les ha otorgado la política pública.

## **2.2 Objetivo**

El objetivo del capítulo es contribuir al referente conceptual para analizar la mortalidad materna así como revisar de manera profunda distintos conceptos, entre ellos la definición de capacidades por distintos autores. En especial se hace un énfasis sobre la relación desarrollo económico y la salud y viceversa (y en la ausencia de esta, en un caso extremo como lo sería la mortalidad), para entender que la relación que existe entre el desarrollo económico y salud se da en un sentido complementario y no en un solo sentido proporcional y unidireccional.

Existen una serie de capacidades que un individuo puede desarrollar para que sea sano, es decir, para abandonar los determinantes que lo hacen no tener salud. No obstante, también es objetivo del capítulo que el lector comprenda que existen determinantes que hacen que los individuos tengan cierta salud y una exclusión social a la que son orillados para quedar al margen del desarrollo y que las capacidades, otorgadas a través de las instituciones y la política pública cambian de manera positiva la condición de salud de la persona, sobre todo de las mujeres que cursan o terminan un embarazo y sobreviven.

Más allá del entendimiento de las relaciones planteadas anteriormente, el objetivo de este capítulo es además de revisar las teorías de distintos autores, extraer una lista de las capacidades que las mujeres deben de poseer para que exista una

disminución de la mortalidad materna. Esta lista de capacidades, se convierte en pilar para la formulación de un marco metodológico para el análisis de dicho fenómeno.

### **2.3 Estructura del capítulo**

En el capítulo está estructurado en varios apartados que tratan de en primer lugar, la relación entre el desarrollo económico y la salud, después los determinantes de la misma, para llegar a la parte toral de la investigación que es el enfoque teórico de las capacidades. Posteriormente, se relacionan las capacidades con la salud materna, el institucionalismo y la exclusión de la salud. Se establece un modelo ideal sobre las capacidades que debería de tener la política pública para disminuir la mortalidad materna. Este modelo se presenta como un listado.

### **2.4 Las capacidades como factores intermedios entre la relación desarrollo económico- salud**

En la actualidad, la esperanza de vida se ha convertido en un indicador de progreso social y de salud. No obstante, la esperanza de vida y la mortalidad se estudian normalmente en la población infantil (bajo el argumento de que perder niños, es perder su contribución en el futuro), pero Deaton (2013) argumenta que es importante también la mortalidad de personas adultas y ancianos (por los años que contribuyó y si se muere, dejará de contribuir). Se ha observado que tanto niños como adultos mueren de causas diferentes: mientras que en los países con bajos ingresos hay más mortalidad infantil debido a enfermedades que hace 200 años mataban a niños en Europa, como diarrea o complicaciones respiratorias (enfermedades infecciosas), en los países del primer mundo los ancianos o adultos mueren más debido a enfermedades cardiovasculares o cáncer (u otros padecimientos crónicos) (Deaton, 2013: 71). Para los propósitos de esta tesis, el estudio se enfocará sólo en la mortalidad materna, pero primero es necesario plantear la mortalidad sin ser catalogada, para después argumentar por qué es importante estudiar las muertes en una población específica: la de mujeres embarazadas o que dieron a luz.

Para Plata (2010) como para Welti (2012) los cambios demográficos, como la disminución de la mortalidad y la fecundidad, se dan conforme avanza la ciencia y la tecnología (Plata, 2010: 59), también debido a la mejora en salud, las transformaciones institucionales, actitudes y prácticas de las personas (Welti, 2012: 67); es decir existe un cambio en la vida de las personas cuando hay un cambio en las sociedades

producido por una serie de variables. Cuando se tienen más recursos económicos, la vida de las personas mejora y tienden a aumentar y variar su dieta (lo que los protege de las enfermedades), pero también al revés, al estar protegidos de enfermedades pueden aprovechar su alimentación: “la mala nutrición, por ejemplo, debilita las defensas del cuerpo contra las infecciones. Las infecciones a su vez debilitan la eficiencia de la absorción de nutrientes” (Plata, 2010: 72).

Según Sala-i-Martin (2005) (citado por Lomelí, Flores y Granados, 2012), “las condiciones de pobreza deterioran las condiciones de salud y los bajos niveles de salud repercuten en el ingreso, generando una trampa de pobreza asociada a la salud. La trampa pobreza-salud es provocada por un círculo de doble causalidad: bajo ingreso o pobreza ocasionan malas condiciones de salud y éstas a su vez provocan bajo ingreso. El círculo vicioso es difícil de romper puesto que la pobreza no puede ser erradicada sin resolver los problemas de salud y éstos no son resueltos plenamente si persiste la pobreza” (Lomelí, Flores y Granados, 2012: 254). Sala-i-Martin identifica seis mecanismos por los cuales este problema es difícil de erradicar:

- 1) Los lugares pobres carecen de infraestructura, personal médico y recursos económicos para la salud. Además existe la desnutrición que los hace vulnerables a las enfermedades.
- 2) Los pobres no tienen acceso a medicamentos, es así que las enfermedades de la pobreza no interesan a que las empresas realicen investigación médica para solucionarlas pues no las venderán.
- 3) Falta de agua potable y medidas salubridad.
- 4) Es probable que los lugares pobres también estén aislados por lo que es difícil y costoso el acceso a la atención médica.
- 5) La estrecha relación que hay entre el cuidado y la atención en la salud con la educación, donde los pobres llevan desventaja al tener menos educación.
- 6) El género porque las mujeres pobres son las más vulnerables al adquirir enfermedades (Lomelí, Flores y Granados, 2012: 254-255)

Conviene detenernos un poco a discutir el último punto, pues el simple hecho de ser mujer y pobre puedes tener salud precaria. Enfermarse debido al género es una causa más social que biológica ya que como se discutió anteriormente, las mujeres aunque pueden ser más fuertes que su contraparte masculino, por el simple hecho de

ser mujer, se les niega la atención médica, así como otras cosas que merman su salud como la mala alimentación o la negación a la educación por el hecho de ser mujer (Sen, 1992:1). Si a esto se le suma que cuando la mujer está embarazada las defensas de su cuerpo tienen a ser más bajas ya que su misma anatomía y fisiología las mantiene en ese nivel, porque de lo contrario el cuerpo expulsaría al feto por creerlo algo extraño, que hay que combatir. Durante la gestación es un periodo crítico en el cual la mujer está en desventaja médica comparada con otros periodos de su vida y los riesgos de contraer enfermedades aumentan, además que durante algunos meses, está más propensa a no tomar ciertos medicamentos porque pueden hacerle daño al bebé. La economía y la esperanza de vida todavía sigue siendo factores enteramente masculinos: “el impacto que tiene la esperanza de vida de los hombres en la economía es mayor que el impacto de la esperanza de vida de las mujeres, probablemente debido al mayor nivel de actividad económica entre los hombres” (Plata, 2010: 58).

El progreso económico, que podría desembocar en el bienestar de las personas, no sólo se refiere a lograr un alto estándar de vida material, sino a lograr niveles de salud, educación y participación ciudadana. No sólo el ingreso es lo único que sirve para escapar de las “privaciones”, también el avance en la medicina, la nutrición, los servicios de salud han alargado la esperanza de vida. Todos estos componentes son como vasos comunicantes que están estrechamente relacionados: “cuando la gente empezó a escapar de la enfermedad y de la muerte prematura, los estándares de vida empezaron a mejorarse también, y, a largo plazo, la salud y el nivel de vida se movieron paralelamente” (Deaton 2013: 104).

Pudiera decirse que al mejorarse los estándares de vida el bienestar se alcanzó. Este bienestar se refiere “a todas las cosas que son buenas para una persona, que hace su vida mejor. El bienestar incluye bienestar material como ingreso y riqueza; bienestar físico y psicológico, representado por salud y felicidad y la educación y la habilidad para participar en sociedad civil a través de la democracia y el estado de derecho” (Deaton, 2013:14).

En un grado de avance de una sociedad, si se llegara a presentar alguna enfermedad, existe la infraestructura y tecnología para tratarla. Bajo las condiciones de salubridad mejoradas, estas hacen que las personas estén menos expuestas a las enfermedades que podrían causar la muerte:

“En el nivel agregado, el vínculo mayormente aceptado entre crecimiento económico la salud es la relación entre los niveles generales de ingreso

*per cápita*; entre mayor es el ingreso *per cápita* de un país, la población es más saludable y vive más años. En parte se explica porque los países más desarrollados presumen de mayor acceso y mejor calidad de los servicios de salud, mejor disponibilidad de agua potable y drenaje y en general de servicios básicos, lo cual impacta favorablemente en las condiciones de salud” (Lomelí, Flores y Granados, 2012: 252).

Este argumento de Lomelí, Flores y Granados (2012), es discutible, ya que hay evidencia empírica que señala lo contrario. El progreso material y económico no es un fenómeno que llegue a todas las personas, es decir, no es homogéneo y hasta en las sociedades más avanzadas hay quienes quedan excluidos de él. El más claro ejemplo es Estados Unidos.

Deaton (2013) discute esta idea de la “exclusión del desarrollo” como si fuera una falla originada por el mismo desarrollo, es decir una externalidad negativa. Él afirma que “la desigualdad es una consecuencia del progreso. No todo el mundo se vuelve rico al mismo tiempo, y no todo el mundo obtiene acceso inmediato a los medios más actuales para salvar la vida, como el acceso a agua limpia, vacunas o nuevas medicinas para prevenir enfermedades cardíacas. Las desigualdades a su vez afectan el progreso” (Deaton, 2013:1). Dichas desigualdades inciden en cualquier ámbito, por ejemplo en la salud y sus cuidados. El acceso a la salud todavía no es posible que alcance para todos, a menos de que haya una cobertura gratuita y universal dada por los gobiernos, porque el mercado nunca podrá cubrirlo. Dichas coberturas que existen, sobre todo, en ciertos países del primer mundo que gozan de políticas sociales más avanzadas, ayudan a crear la igualdad y la equidad; no obstante, dejan excluidos a individuos que no gozan del estatus de ciudadanía (en el caso de los inmigrantes ilegales, los visitantes o incluso quienes sí son ciudadanos pero por cuestiones personales o de las dinámicas del mercado deciden o son obligados a vivir en la indigencia).

Es bien sabido que cuando existe la carencia de medios materiales, existen privaciones sobre todo de salud (por no mencionar las educativas, las alimentarias, etc., que también son importantes). El ejemplo de ello, es que en África Subsahariana la gente presenta una esperanza de vida menor cuando son niños; incluso cuando llegan a la edad adulta son más propensos a morir jóvenes (Deaton 2013: 30). Sin embargo, esto no es exclusivo de África, como ya se había mencionado: “los progresos en la salud crean brechas en la salud, de la misma manera que el progreso material

las crea en los estándares de vida” (Deaton, 2013:5). Este argumento de Deaton (2013), él mismo lo demuestra al presentar el ejemplo de las desigualdades existentes dentro de Estados Unidos y Rusia. En el primer caso, el país, que está posicionado como la mayor economía del mundo, dentro del grupo de países ricos presenta la esperanza de vida más baja, a pesar de que gran parte de su ingreso nacional se focaliza al rubro de la salud (incluso llegando a destinar el doble de gasto comparado con otros países):

“cuando se analiza el gasto como porcentaje del producto interno bruto, los Estados Unidos superan por más de 4.5 puntos porcentuales a su más cercano seguidor, Suiza. Sin embargo, se puede observar que no existe una clara relación entre gasto y esperanza de vida al nacer. Los Estados Unidos gastan mucho y su esperanza de vida al nacer es de las más bajas. Por otra parte, Japón gasta la mitad que los Estados Unidos en términos porcentuales (8%) y tiene la mayor esperanza de vida al nacer que todos los países miembros de la OCDE (82 años)” (Durán, 2012: 600).

Sen (1999) analiza el ingreso y la mortalidad, muestra el ejemplo de grupos étnicos en países ricos, los cuales padecen grados de privación considerables y comparables a los de países en desarrollo. Tal es el caso de los afroamericanos en los Estados Unidos que mueren más que la población blanca (Sen 1999, 22-23). En el caso de Rusia, cuando terminó el comunismo y aumentó el ingreso de la población, aumentó también la mortalidad, sobre todo en los hombres (debido, entre otras cosas, al inmoderado consumo de alcohol) (Deaton 2013: 21-22).

Drèze y Sen llamaron a los procesos de rápida reducción de la mortalidad “mediados por el crecimiento” e “impulsados por la política social” (Sen, 1999:46). El primero tiene que ver con el crecimiento económico que tiene que ser distribuido y empleado en salud, educación y seguridad social; pero cuando no existe crecimiento económico importante, la política social y los servicios sociales (que son intensivos en mano de obra), pueden actuar para lograr la reducción de la mortalidad, como lo sucedido en el estado indio de Kerala y en China, Sri Lanka y Costa Rica, países con poco crecimiento económico (considerando que a China, Sen lo analizó antes de 1999), y que gracias a políticas enfocadas en la expansión de la salud, educación y seguridad social, pudieron reducir de manera significativa las muertes (Sen, 1999: 46-49). Pero no sólo la política social tiene un impacto en la salud de las personas, cualquier clase

de política que el gobierno implemente tiene su impacto, por ejemplo las políticas económicas, repercuten en el ingreso y con ello a la disponibilidad de recursos para el cuidado de la salud; las de comunicaciones al acceso a hospitales por la construcción de carreteras; las de agricultura en la disponibilidad y precio en los alimentos, etc., ya que como las “capacidades pueden aumentar con las políticas públicas que el gobierno implementa” (Sen, 1999: 18).

Por esta razón, el PIB y el desarrollo económico de nada sirven si no hay una política de salud incluyente, pues “los ingresos reales pueden, entonces, ser pobres indicadores de componentes importantes del bienestar y la calidad de vida que la gente tiene razón de valorar” (Sen, 1999: 80) y además hay que “distinguir entre el ingreso como unidad en la cual *medir* la inequidad y el ingreso como *vehículo* de la reducción de la inequidad” (Sen, 1999: 84). Hay que ver el ingreso como forma de acabar las desigualdades.

Sen (2009) relaciona las capacidades con el ingreso. Él afirma que cuando hay una ausencia de capacidades, da como resultado un bajo ingreso. El ingreso es importante desde el punto de vista instrumental, y su valor derivado depende de las circunstancias sociales y económicas en que viven las personas. Las capacidades de las personas son tan importantes que si alguien “muere prematuramente o padece una dolorosa y amenazadora enfermedad, es legítimo concluir en la mayoría de los casos tiene un problema de capacidad” (Sen, 1999: 131). Las muertes que se dan durante el embarazo son prematuras pues atacan a las mujeres en edad reproductiva, es decir, a las mujeres jóvenes (aproximadamente 10 años hasta los 50) y además cuando una persona no tiene capacidades, “se le niega la libertad necesaria para hacer algunas cosas- para él mismo y para otros- que quizá deseen hacer como ser humano responsable” (Sen, 1999: 284).

Cuando ambos autores, Sen (1999) y Deaton (2013), anteriormente citados, presentan los casos de economías ricas cuyos habitantes carecen de salud, lo hacen para señalar que no siempre un mayor ingreso económico en los países o un mayor gasto en el rubro de la salud da como resultado mayores niveles de salud y por consecuencia menor mortalidad en la población. Es importante señalar, que los autores no pretenden, con sus argumentos, que los gobiernos desvíen los recursos a la salud, es importante ejercer un gasto; pero este debe de ejercerse focalizado para que funcione. Como se verá en el capítulo dedicado al análisis de la situación de la mortalidad materna en el Perú, este esfuerzo de focalización se logra manteniendo el



problema presente en la agenda pública, si no se mantiene se destina el dinero hacia otras prioridades y fines. Ese gasto debe de mantenerse, porque el problema es que después, el recurso se quita y el tema sale del interés público. Lomelí, Flores y Granados (2012) señalan que “cuando se mejoran las condiciones de salud de la población, los gastos en la atención de salud se reducen, por lo que se liberan recursos que se destinan para otros fines” (Lomelí, Flores y Granados, 2012: 249).

La salud es al mismo tiempo causa y consecuencia del crecimiento económico (Lomelí, Flores y Granados, 2012: 252). Un estudio hecho para México, por Mayer-Foulkes (2000), encontraron que la salud tiene un papel más predominante que la educación sobre el crecimiento económico (citado en Lomelí, Flores y Granados, 2012: 252). Lo cual es lógico: una persona sana faltará menos a su trabajo que una enferma, en dicha aseveración no importa qué grado escolar tenga o la productividad, porque en teoría una persona sana puede producir más que una enferma y una persona millonaria podrá tener muchos ingresos, pero una salud precaria. Para Deaton (2013), todo está relacionado y se plantea que el ingreso es importante (aunque no lo único para lograr el desarrollo) porque “1) el bajo ingreso puede ser una causa mayor del analfabetismo y la mala salud, así como del hambre y la desnutrición y 2) a la inversa, una mejora de la educación y de la salud contribuye a obtener más ingreso” (Sen, 1999: 19) y esto a su vez repercute en los índices económicos del país “Puesto que la salud, al igual que la educación, es una forma de capital humano, se puede esperar también que la salud influya en la productividad” (Plata, 2010: 48).

Volviendo a Lomelí, Flores y Granados (2012), la siguiente cita detalla el punto anterior:

“En términos generales, se reconoce que la salud y la economía están directamente relacionadas por el efecto que tiene la primera sobre el capital humano y por la manera en la que el ingreso económico de las personas condiciona su acceso a los servicios de salud. Sin embargo, la investigación empírica sobre la causalidad y la magnitud de estas relaciones es relativamente reciente. Los primeros modelos de crecimiento económico, basados en la economía neoclásica, consideraban como exógenos al capital humano y la innovación tecnológica, a pesar de que reconocían el efecto positivo de las tasas de acumulación de capital humano en la dinámica del crecimiento económico. Debido a lo anterior, surgieron los modelos de crecimiento

endógeno, que analizan los determinantes del crecimiento del capital humano y la innovación tecnológica. Estos modelos han permitido identificar la importancia de la salud y la educación para el crecimiento. En el primer caso, el mejoramiento de las condiciones de salud y nutrición inciden en el crecimiento económico a través del capital humano, mientras que la educación también lo hace mediante el desarrollo de la tecnología” (Lomelí, Flores y Granados, 2012: 244)

Además, los índices económicos, como el Producto Interno Bruto (total o per Cápita), poco dicen sobre la vida de cada individuo en cualquier país. Sen (1995) establece que “es ciertamente verdadero que los índices de mortalidad son afectados por la pobreza y la privación económica. El ingreso personal es incuestionablemente básico para determinar la supervivencia o la muerte, y más general, en la calidad de vida de las personas. Sin embargo, el ingreso es sólo una variable entre muchas que afectan las oportunidades de disfrutar la vida, y otras variables también son influenciadas por la política económica” (Sen, 1995: 10).

De acuerdo a estudios hechos por Anand y Ravallion, (citados en Sen, 1999), se observó que “existe una correlación positiva y significativa entre la esperanza de vida y el PIB per cápita, pero que esa correlación actúa de manera principal a través de la influencia del PIB: 1) en las rentas de los pobres concretamente y 2) en el gasto público que se realiza, sobre todo en cuidados de la salud” (Sen, 1999: 44). Así mismo, el incremento en el PIB no mejora la esperanza de vida sino que la conexión de ellos se da “a través del gasto público en asistencia al cuidado de la salud y a través del éxito en la erradicación de la pobreza” (Sen, 1999: 44) y como Deaton (2013), Sen (1999) también afirma que sólo a través de la implementación de las políticas públicas de asistencia y cuidado de la salud, que alcancen a toda la población, los gobiernos pueden lograr el desarrollo. En Perú, el gobierno hizo esfuerzos significativos por mejorar la salud de las personas y en específico, por la salud materna, para que la mortalidad de las mujeres embarazadas descendiera, sin embargo, este esfuerzo estuvo muy focalizado a ciertas zonas donde había más pobreza. Con el paso del tiempo, las otras zonas donde había relativamente mejores niveles de vida y de acceso a servicios (como es el caso de las capitales) la mortalidad empezó a aumentar. En este sentido, es importante que las políticas abriguen a toda la población, como lo dicen los autores, más porque en los lugares donde supuestamente hay mayores ingresos, siempre hay excluidos del desarrollo y de los servicios de salud. Este puede ser

también el paradigmático caso de los Estados Unidos, donde es un país que tiene altos ingresos y por lo tanto se olvida de los que están en situación desfavorable.

Debido a lo anterior, Nussbaum (2000) considera que la medida más importante como el Producto Interno Bruto para medir la calidad de vida, en realidad no mide la distribución del bienestar y el ingreso y países con cifras agregadas pueden tener variaciones distributivas, por lo que “se necesita información sobre bienes importantes que no siempre están bien correlacionados con la salud y el ingreso- como esperanza de vida, mortalidad infantil, oportunidades educativas, oportunidades laborales, libertades políticas, igualdad racial y relaciones de género. Países que tienen buen PIB per cápita, están mal en estos otros bienes, por ejemplo Sudáfrica con el Apartheid y Singapur con su régimen político extremo” (Nussbaum, 2000: 61).

Hay que considerar también que en algunos países, existe una mayor mortalidad que se puede deber principalmente a “condiciones adversas” como lo son las “guerras, epidemias, desigualdad extrema en cualquier nivel de ingreso” (Deaton 2013: 22). Para Nussbaum (2000) “algunas diferencias de salud entre las naciones o los grupos son debidas a los factores que la política pública puede controlar, pero otras no” (Nussbaum, 2000, 82). Incluso, algunas diferencias en salud pueden ser alteradas por una mala implementación de una política pública, como lo señala Deaton (2013) cuando dice que, aunque no se presenten condiciones adversas en los países (como las mencionadas anteriormente), la mortalidad puede ser incrementada debido a la implementación de una mala política. El ejemplo que Deaton (2013) cita es el de la política del “Gran paso adelante” que trajo como consecuencia la Gran Hambruna China de 1958 (Deaton, 2013: 23). En ese mismo contexto, Sen (1999) pone otro ejemplo similar: el de la hambruna de Bangladesh, que se dio en una situación donde abundaba la comida almacenada y una serie de inundaciones habían causado desempleo, por lo cual la gente no tenía dinero para adquirir alimentos. Sen (1999) concluye que bajo regímenes democráticos es muy difícil que se vuelvan a dar fenómenos como las hambrunas, porque la opinión pública está juzgando las acciones del gobierno (Sen, 1999: 165, 178-183). Es difícil que bajo gobiernos democráticos, se presenten no sólo estos fenómenos de hambrunas citados por Sen (1999) y Deaton (2013), sino otros más que vienen a afectar cualquier derecho humano como causa de la implementación de una política pública. Por lo que la política pública, más que el aumento del PIB cobra especial relevancia al momento de generar desarrollo y la implementación de una mala política pública puede traer consecuencias nefastas a la

población de las que es muy difícil que se recuperen. Como ejemplo está Perú, el cual se detallará en el correspondiente capítulo, el país estuvo inmerso en la dictadura de Fujimori que realizó una política de control de la natalidad que culminó en esterilizaciones masivas, sobre todo de mujeres pobres y/o también indígenas. Fujimori terminó en la cárcel con el peso de las esterilizaciones como una de las injusticias más recordadas de su gobierno.

Nussbaum (2000) también concluye que dentro de los regímenes democráticos es poco probable que se deje a un lado el otorgamiento de condiciones de bienestar hacia la población: “los deseos de comida, de movilidad, seguridad, salud y de uso de la razón- estos parecen estar relativamente en permanente característica de lo que nos hace ser humanos, la cultura lo puede disfrazar pero no lo puede remover. Por esta razón los regímenes que fallan en otorgar salud, seguridad básica o libertad son inestables” (Nussbaum, 2000: 155) y el ejemplo de esto es el régimen de Fujimori en Perú, que al final terminó con la persecución y encarcelamiento del ex presidente (aunque a finales del 2017, el actual presidente Kuczynski le concediera el indulto). Así mismo para Petty (citado en Tapia, 2005), “una población sana es fundamental para la fortaleza del poder político” (Tapia, 2005: 287). Es decir, que si bien es cierto que bajo las democracias es imposible que sucedan las inequidades como sucede en regímenes anti-democráticos, tarde o temprano los regímenes represores que se basan sobre la inequidad no pueden sostenerse por mucho tiempo, porque “la democracia aspira a una mejor calidad de vida” (Olvera, 2008: 53).

Se necesita una efectiva política que se implemente por parte del gobierno para mejorar la vida de las personas, porque el mercado por sí solo no podrá incluir a los que se encuentran fuera, y es este mismo mercado el que crea dichas distorsiones que excluye parte de la población, por lo que se retoma otra vez la idea central: el nivel socioeconómico no lo es todo, sino las políticas públicas bien implementadas. Sobre esto, Welti (2012) señala que no sólo los avances de la medicina hicieron que disminuyera la mortalidad “también lo fueron los gobiernos que a través de las decisiones de políticas para promover medidas de salud pública, multiplicaron los efectos de la aplicación de acciones curativas para abatir las enfermedades, lo que aceleró la caída de la mortalidad. Su incidencia se refleja en los programas públicos para atender los problemas de salud” (Welti, 2012: 74). Sen (2000) propone de nuevo, el rol de las políticas y su acción cuidadosa (en vez de dejarle todo al mercado) para que, por ejemplo, mediante la promoción de los servicios médicos se incluya a las

personas: “Esto pide políticas públicas adecuadas (que implican la educación, la salud, la reforma agraria, y así sucesivamente) que abren las puertas de la participación económica a una gran masa de personas” (Sen, 2000: 34).

Este punto lo resume Lomelí, Flores y Granados (2012) de la siguiente manera:

“A mayor nivel de desarrollo existen mayores niveles de salud de la población. Lo anterior se reconoce desde que la preocupación por las condiciones de vida de la población ha ocupado la atención de los economistas y de otros estudiosos de las ciencias sociales. No obstante, en las últimas décadas se ha aceptado que la causalidad también ocurre en sentido contrario; es decir, el mejoramiento de las condiciones de salud influye en el crecimiento económico; ello implica el reconocimiento de un reforzamiento mutuo o de una relación bidireccional entre las variables del crecimiento económico y las condiciones de salud de la población. Asimismo, la evidencia muestra que la salud influye de manera significativa en las condiciones de pobreza y que ésta, a su vez, gravita de manera destacada en los niveles de salud” (Lomelí, Flores y Granados, 2012: 244).

A manera de conclusión, existe una relación recíproca y directamente proporcional entre la salud y los niveles económicos de las personas. Esto se demuestra con evidencia empírica de estudios y autores que fueron citados anteriormente. Sin embargo, la salud no es algo que se dé “de facto” en la vida de las personas y menos si estas viven entre distintas carencias (económicas, por ejemplo), pero pueden obtener estados saludables a través del otorgamiento de capacidades. Esta se da a través de las políticas públicas.

## **2.5 Los determinantes de la salud como capacidades**

Las capacidades son factores intermedios que aparecen entre la relación salud-nivel socioeconómico de las personas y hacen posible el estado saludable de las mismas. Sin embargo, muchas personas pueden nacer o no con la condición de saludable o al revés, no tener condición de salud y adquirirla debido a distintos factores (médicos, sociales, económicos, etc.). Estas condiciones en que las personas viven se llaman “determinantes de la salud”, ya que, valga la redundancia, determinan la salud de las personas. Es importante estudiar el concepto de “determinantes de la salud” porque

este concepto nos muestra, que la salud viene determinada por ciertos factores (los cuales a veces son ajenos al individuo, como por ejemplo nacer en pobreza). Los determinantes de la salud se pueden revertir por medio de las capacidades. La provisión de servicios de salud, a través de la política pública es una solución para mejorar la salud de las personas, aunque no todos gozan de estos beneficios.

Plata (2010), sostiene que en los países de ingresos medio y bajo, las personas ricas usan más los servicios de salud, tienen mejor alimentación y el número de hijos, y la edad a la que la mujer los tiene, están asociados a su ingreso. Los pobres en cambio, disponen de menos servicios de atención médica y un limitado o menor acceso para llegar a ellos (en parte por la distancia), además de que los que se proporcionan cerca de ellos son de menor calidad (Plata, 2010: 71-72). Incluso, esto representa un problema, porque a veces el gobierno crea la infraestructura para que haya atención de personas en lugares alejados, pero no es de la misma calidad que los que se encuentran en las ciudades. Así mismo, dada la dispersión de las localidades donde viven las personas, la cual crea una barrera geográfica, aunado a la pobreza (ya que no cuentan con recursos para trasladarse al servicio de salud más cercano) hace que la política fracase. La salud está determinada por varios aspectos, de entre los cuales algunos se refieren a las políticas de salud y la atención médica (que la pudiera proporcionar el mismo gobierno o el mercado). Estos determinantes son sociales, económicos, culturales y políticos en los que están inmersos las personas que viven en determinado contexto o cierta situación.

Para la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) (2015a), los determinantes de la salud, “son circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Estas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que dependen a su vez de las políticas adoptadas” (OMS, 2015).

Los determinantes de la salud, que son estructurales, así como las condiciones de vida, son las principales causas de las inequidades en salud, las diferencias sanitarias, que son injustas y prevenibles observadas dentro y entre países (Rivera y González, 2012: 280, Salgado y Guerra, 2014: 393-394). Estas condiciones son garantizadas por el estado o el mercado, pero a su vez las condiciones de los individuos o los grupos son determinados por “una gran variedad de procesos biológicos, sociales, económicos, culturales, tecnológicos e ideológicos” (Salgado y Guerra, 2014: 393-394).

En el 2005 la OMS realizó una Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud que dieron tres recomendaciones para mitigar el problema de la salud:

1. Mejorar las condiciones de vida cotidianas
2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos
3. Medición y análisis del problema (OMS, 2015<sup>a</sup>)

Así mismo la Comisión sobre los Determinantes de la Salud de la OMS (citada en Durán 2012), identifica tres abordajes de políticas para reducir las desigualdades:

- 1) Mejorar la salud de los grupos de bajo nivel socioeconómico.
- 2) Cerrar las brechas de salud entre grupos y mejorar las condiciones sociales.
- 3) Enfrentar el gradiente de salud entre la posición socioeconómica y la salud.  
(Durán, 2012: 610).

En la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud en Río de Janeiro 2011 se promovió que los gobierno tomaran en cuenta a la equidad más allá de la salud y que ésta estuviera presente en todas las políticas públicas (Salgado y Guerra, 2014: 394). Es así como la salud debería de estar en todas las políticas públicas, por ejemplo, dentro de la educación, la cultura, la economía etc. Esto tiene una gran relación con las capacidades, pues si las capacidades son educativas, culturales, económicas, pues se deben de hacer políticas transversales, políticas que interrelacionen todos los ministerios o secretarías con el de salud.

Hernández y Palacio (2012) señalan la necesidad de que los gobiernos desarrollen indicadores para medir y solucionar los problemas de salud: “De acuerdo con el informe de la Comisión de los Determinantes de la Salud (OMS, 2009), el desarrollo de un sistema integral para la vigilancia de la equidad en salud y sus determinantes requiere de la construcción de indicadores del estado de salud estratificados al menos por edad y sexo, niveles socioeconómicos, educación, ingreso, categoría ocupacional, grupo étnico, lugar de residencia, urbano/rural, región geográfica, estado y municipio” (Hernández y Palacio, 2012: 123). Los indicadores deben de aportar lo siguiente:

- Condiciones de vida
  - Comportamiento: tabaquismo, alcoholismo, actividad física, régimen alimentario y nutricional.

-Entorno físico social: acceso a agua y saneamiento básico, condiciones de la vivienda, infraestructura, transporte, diseño urbano, calidad de aire y capital social.

-Condiciones de trabajo: riesgos laborales y estrés.

-Protección social: cobertura

- Factores estructurales de las desigualdades en salud

-Género: normas y políticas, participación económica, salud sexual y reproductiva

-Desigualdades sociales: exclusión social, distribución del ingreso y riqueza, educación.

-Derecho sociopolítico: derechos cívicos, condiciones del empleo, gobernanza y prioridades del gasto público, condiciones macroeconómicas. (Hernández y Palacio, 2012: 123).

Welti (2012) agrega más componentes al análisis de los determinantes de la salud, pero desde el punto de vista demográfico donde se “destacan los hábitos alimenticios que inciden sobre el estado nutricional de las personas los estilos de vida relacionados con las condiciones de riesgo para desarrollar algunas enfermedades; la disponibilidad de servicios sanitarios como agua potable, drenaje, recolección de basura y el acceso a servicios de salud que actúan de manera preventiva o curativa, incluyen la protección a las enfermedades a través de la vacunación, servicios de consulta médica y hospitalarios, así como la adquisición de medicamentos” (Welti, 2012: 71).

El mismo autor, señala distintas variables para analizar los determinantes sociales de la salud, mediante una aproximación que constituya el análisis de procesos demográficos para observar las modificaciones que se producen en la dimensión espacial y de la mortalidad y fecundidad de la población (Welti, 2012: 67) “entre los principales factores que afectan directamente el estado de salud de una población se encuentran las condiciones demográficas, es decir, volumen, estructura y distribución geográfica de la población” y que “uno de los factores de la estructura social que afecta el estado de salud de la población y que incide sobre las variables demográficas, es la educación y, específicamente la educación de la mujer” (Welti, 2012: 63, 64). Él detalla, de esta manera, los aspectos a tomar en cuenta desde el punto de **vista** demográfico y social para la salud de las personas, los cuales se señalan a continuación:



a) Tamaño de la localidad de residencia, condición que se encuentra relacionada con la posibilidad de contar con servicios de salud en la propia localidad.

b) Características de la vivienda en cuanto a material usado en la construcción y la disponibilidad de servicios, entre lo que sobresale el acceso y al agua potable, al incidir sobre la exposición al riesgo de contraer determinadas enfermedades

c) La estructura del hogar, su tamaño y su jefatura, que afectan el uso de recursos en el hogar y las decisiones relativas al cuidado de la salud de sus miembros en función del acceso y uso de los servicios de salud. (Welti, 2012: 67).

Además Welti (2012), determina otras características individuales como:

a) El nivel de escolaridad

b) La actividad económica

c) El origen racial o la pertenencia étnica. (Welti, 2012: 67).

Así mismo Romero *et al* (2010) señalan otras variables que son importantes para comprender la mortalidad materna, las cuales hacen vulnerables a las mujeres: “edad en ambos extremos, la nuliparidad o multiparidad, el estado nutricional deficiente, la baja escolaridad, la ocupación, el estrato social bajo, el lugar de residencia, predominantemente en zonas marginales, el estado civil y la carencia de seguridad social” (Romero *et al* 2010: 43).

¿Cómo las capacidades se relacionan con los determinantes de la salud? Breslow (1999) (citado por Kickbusch, 2003) subraya que a partir de la Tercera Revolución en la salud pública, Breslow conceptualizó la salud como “un recurso para vivir” y cambió el enfoque de la prevención de las enfermedades a “al enfoque de construcción de las capacidades para la salud”: “siguiendo los pasos de las mejores tradiciones de la salud pública y la medicina social, ligada a la producción de salud explícitamente es *prerrequisito para la salud* la paz, el ingreso y un lugar donde vivir y –lo más importante- define a la promoción de la salud como el proceso de empoderamiento y construcción de capacidades” (Kickbusch, 2003: 384). Estas provisiones gubernamentales es lo que Sen (1999) desarrolló teóricamente como “el enfoque de capacidades”.

Santos (2010) va más allá del estudio de los determinantes sociales de la salud que influyen en la mortalidad materna y que vale la pena comentar. Él establece los llamados “determinantes del sistema de salud” los cuales son: “control prenatal, personal que realizó el control prenatal, momento del control prenatal, número de controles prenatales, tiempo que demora desde el domicilio al establecimiento de salud, percepción de la calidad de atención recibida asociados a la mortalidad materna (Santos, 2010: 25). Algunos de estos determinantes del sistema de salud, son muy importantes, pero muchos de ellos están estrechamente relacionados con los determinantes sociales, ya que por ejemplo el tiempo de la demora en llegar al establecimiento de salud depende de en qué lugar vivas y si tienes los medios y los recursos (económicos o capital social) para desplazarte. De igual manera, la falta de controles prenatales, que puede depender de la disponibilidad de estos y la cercanía de los servicios, o también de las mujeres, que por cuestiones culturales o de vergüenza no quieren ir, o sus esposos no les permiten que sean revisadas por médicos (porque no soportan que otro hombre las vea y las toque) (Santos, 2010: 25), convirtiéndose esto último en una barrera social o cultural que la política pública no toma en cuenta porque no existen programas de educación, cambio cultural o sensibilización hacia los hombres, dejando toda la responsabilidad de la salud de las mujeres en las manos de éstas cuando son ellas mismas quienes no tienen derecho a decidir por la falta de capacidades (sobre todo de decisión) o de empoderamiento.

A manera de resumen para relacionar los determinantes de la salud con las capacidades, existen factores vinculan la relación entre mayor ingreso y mejor salud, o viceversa, incluyen o excluyen a las personas de los beneficios de desarrollo y causan que los índices de mortalidad disminuyen o aumenten. Algunos autores llaman a estos factores “los determinantes de la salud”, los cuales son condiciones estructurales, así como de vida y son las principales causas de las inequidades en salud, las diferencias sanitarias, injustas y prevenibles observadas dentro y entre países. Estas condiciones son garantizadas por el Estado o el mercado; pero a su vez dichas condiciones individuales o grupales son determinados por la biología, lo socioeconómico, la cultura, la ideología y la tecnología. Dichos determinantes de la salud son servicios proporcionados por el Estado y la salud es una construcción lograda a través del otorgamiento de capacidades a las personas, es decir: los determinantes de la salud se pueden cambiar o revertir a través del otorgamiento de capacidades.

## 2.6 El enfoque de capacidades y la salud materna

Sen (1999) planteó que la idea del desarrollo tenía que ser vista más allá del crecimiento del Producto Interno Bruto o del aumento del ingreso personal, la industrialización, el avance tecnológico o la modernización social (Sen, 1999: 3). Él considera al desarrollo como el proceso de expansión de las libertades que la gente disfruta (Sen, 1999: 36) y se refiere al desarrollo de “capacidades”, las cuales consisten en lo que las personas valoran y que tienen razones para valorar:

“cuando se analiza la justicia social, existen poderosas razones para juzgar la ventaja individual en función de las capacidades que tiene una persona, es decir, de las libertades fundamentales de que disfruta para llevar el tipo de vida que tiene razones para valorar. Desde esta perspectiva, la pobreza debe concebirse como la privación de capacidades básicas y no meramente como la falta de ingresos, que es el criterio habitual con el que se identifica la pobreza” (Sen, 1999: 87).

En el caso del Perú, gran parte del éxito en la disminución de la mortalidad materna fue porque a las personas se les dio la capacidad de valorar su cultura ancestral (en el caso de las comunidades indígenas), hubo una libertad para elegir el parto y no una imposición. De hecho Sen (1999), dedica todo un capítulo (el número 10) a discutir sobre la importancia de la cultura y los derechos humanos como una de las libertades más fundamentales; los cuales deben basarse en el valor de la libertad personal y la igualdad de la libertad, así como el valor de la tolerancia y del valor de la libertad (Sen, 1999: 233), donde discute la amenaza hacia las culturas indígenas por las imposiciones occidentales y resalta la importancia de que ellos tomen sus decisiones (Sen, 1999: 240-243).

Para Sen existen cinco tipos de libertades, vistas desde la perspectiva instrumental (partiendo de que Sen afirma que hay un fin del desarrollo y un medio para llevarlo a cabo, este último concebido como “el instrumento”, para lograr esa meta):

1) Libertades Políticas: incluyen los derechos humanos y se refiere a la libertad para elegir gobernantes, investigarlos y criticarlos, libertad de expresión y prensa, así como todas aquellas libertades que se dan a partir de las democracias (Sen, 1999: 37).

2) Servicios económicos: se refiere a la oportunidad que tienen los individuos de utilizar recursos económicos para consumo, producir o realizar algún tipo de intercambio; si existe un desarrollo económico y riqueza, aumentan estos derechos de la población siempre y cuando haya una distribución de las mismas (Sen, 1999: 37)

3) Oportunidades sociales: se refiere a las oportunidades educativas, sanitarias que existen en una sociedad con las que un individuo tiene la libertad para vivir mejor, llevar una vida sana y evitar la mortalidad, así como participar en actividades económicas y políticas (Sen, 1999: 37).

4) Garantías de transparencia: franqueza, confianza y libertad para acceder a la información, prevenir la corrupción y lograr finanzas y negocios claros (Sen, 1999: 38).

5) Seguridad protectora: se refiere a las redes sociales (comúnmente organizadas en mecanismos fijos, institucionalizados y garantizados por ley) que se tienen para que la población no caiga en miseria, hambre y muerte (Sen, 1999:38).

Como todas las capacidades son instrumentales, es decir, son “fines” para lograr la salud de las personas y disminuir la mortalidad materna, es más importante enfocarse en la “institucionalización” de estas capacidades hacia los individuos, la cual se da, de manera formal y masiva, por medio de distintas políticas públicas.

Nussbaum (2000) propone otra serie de capacidades, las cuales ella les llama “centrales” y son las siguientes:

- Vida: vivir en un periodo normal de duración y no morir prematuramente y que la vida valga la pena (Nussbaum, 2000: 78).
- Salud física: (incluyendo salud reproductiva), se refiere a tener una nutrición adecuada y un lugar donde vivir (Nussbaum, 2000: 78).
- Integridad física: ser capaz de viajar y cambiar de lugar, tener la seguridad de no ser atacado o agredido (incluye sexualmente y a cualquier edad), vivir libre de violencia doméstica, tener satisfacción sexual y opciones para reproducirse (Nussbaum, 2000: 78).
- Sentidos, imaginación y pensamiento: tener la capacidad de utilizar el cerebro humano y sus sentidos y pensamientos que produce, los cuales pueden ser cultivados mediante la educación y no estar limitados solamente a las capacidades artísticas, científicas y religiosas. También se refiere a la libre expresión y las experiencias placenteras (Nussbaum, 2000: 78-79).
- Emociones: tener la capacidad de desarrollar apegos a cosas y personas más allá de uno mismo. Experimentar una serie de sentimientos como amor, enojo justificado, pena, gratitud, sin tener sentimientos de ansiedad y miedo u otros traumas causados por el abuso y la negligencia (Nussbaum, 2000: 79)

- Razones prácticas: tener la capacidad de discernir entre lo bueno y lograr una reflexión sobre la planeación acerca de la propia vida, en resumen proteger la libertad de conciencia (Nussbaum, 2000: 79).
- Afiliación: tener la capacidad de vivir con y entre otras personas, reconocer a otros seres humanos y socializar, sentir compasión, justicia y amistad. Es la capacidad que protege las instituciones de libertad de asociación, garantías de expresión política, así como evitar la discriminación de cualquier tipo. En el trabajo, ejercer la razón práctica, lograr reconocimiento y relaciones valiosas con tus compañeros. (Nussbaum, 2000: 79).
- Con otras especies: tener la capacidad de vivir y relacionarte con plantas y animales (Nussbaum; 2000: 80).
- Jugar: tener la capacidad de reír, jugar y disfrutar de actividades recreativas (Nussbaum; 2000: 80)
- Control sobre el ambiente de uno mismo: se divide en dos:
  - a) político, se refiere a la capacidad de participación política, protección por libre expresión y asociación y
  - b) material, que es la capacidad de tener propiedades y derechos e igualdad como todos, de buscar trabajo basado en la igualdad como los otros, así como libertad (Nussbaum, 2000: 80)

Para Nussbaum (2000), la salud debe distinguirse entre la capacidad o la oportunidad de estar sano y el funcionamiento saludable: “el funcionamiento saludable es por sí mismo una manera de estar activo, no sólo un estado pasivo de satisfacción” (Nussbaum, 2000, 14). Si bien es cierto, que el gobierno no puede hacer que todos los ciudadanos sean saludables, porque en algunos casos la salud está determinada por la naturaleza, la genética, la suerte o hasta la elección personal, lo que anteriormente se discutió como “determinantes de la salud”, lo cual que es diferente a la libre elección. Por ejemplo, el ayuno por motivos religiosos es diferente a la hambruna por falta de ingreso. El gobierno puede crear y otorgar las bases sociales para que se den esas capacidades (Nussbaum, 2000: 81, 87) y que se logre estar sano. De la misma manera, aunque en algunas naciones la salud está regulada por leyes sobre medicinas, alimentos, contaminantes; la salud básica sería una imposición del gobierno, aunque siempre existe la elección personal de no seguir las leyes (Nussbaum, 2000: 89).

Sen (1999) identifica este problema de capacidades concretamente en las muertes de individuos del sexo femenino y lo llama “pérdida de mujeres” (“Missing Women”). Este fenómeno es muy común en el sur de Asia, el norte de África y China y tiene que ver más con hechos médicos, sociales o demográficos y no con el bajo nivel de ingresos (Sen, 1999: 20): “las privaciones de las niñas se comprueban mejor observando la privación de las capacidades (mayor mortalidad, morbilidad, desnutrición, desatención médica, etc.) que en el análisis basado en la renta” (Sen, 1999: 89).

Al preguntarle al propio Sen (2015) su opinión de la mortalidad materna, la pregunta versaba si él creía que la misma se debía a una mala aplicación de las políticas públicas o a una falta de capacidades de las mujeres, respondió de la siguiente manera:

“Ahora la mortalidad materna es un asunto muy importante del que hay que preocuparse en estos años, por tres diferentes razones. Una gran razón de la mortalidad en general, es que las personas no siempre se dan cuenta que puede ser revertida de manera muy fácil, poniendo atención específica a lo siguiente: Muchos países han tenido éxito en reducir dramáticamente la mortalidad materna y muchos de ellos realizaron intervenciones de salud muy elementales como el uso de antisépticos, mejoraron la alimentación y la nutrición a las mujeres y realizaron intervenciones en enfermedades particulares de las cuales las mujeres sufren y que fueron diagnosticadas y curadas a tiempo. De esta manera las intervenciones han hecho que las estadísticas disminuyeran dramáticamente para la reducción de la mortalidad materna. Este fue un logro de China, por ejemplo. Otro logro en algunos estados Indios sobre el cuidado de la salud, no requirieron revoluciones para realizarse, como lo hizo China, porque este logro puede estar ligado a la Revolución, pero en tiempo de elecciones políticas se convirtió en un gran problema, por lo que la mortalidad materna bajó dramáticamente mediante un mejor conocimiento, mejor educación médica y mejores y prontas intervenciones” (Sen, comunicación personal, 2015).

Existe la evidencia de que algunos países realizaron distintas acciones para disminuir la muerte materna, lo cual no sólo tuvo que ver con lo médico, sino también con otra serie de determinantes como la creación de capacidades y libertad de las

mujeres. En el caso específico de las mujeres embarazadas, un estudio elaborado por Dheeshana y Subadra (2011), muestra el análisis y los resultados de datos secundarios de 142 países en vías de desarrollo. Ellos retoman la teoría de Sen de “las perspectivas de Desarrollo Humano” y lo enfocaron al caso de la mortalidad materna, así como “la libertad de elección o el enfoque de capacidades” y la inversión en desarrollo social, que da como resultado el bienestar y una mejor calidad de vida de las personas. En el estudio de Dheeshana y Subadra (2011), se probaron las siguientes hipótesis en relación con la capacidad reproductiva y la mortalidad materna en países en desarrollo así como por variables que fueron controladas mediante el desarrollo económico y político de los países:

- 1) Los altos niveles de desarrollo social que contribuyen a incrementar las mejoras en la capacidad reproductiva.
- 2) Los altos niveles de desarrollo social que contribuyen a bajar niveles de mortalidad materna.
- 3) Los altos niveles de capacidad reproductiva que contribuyen a bajar niveles de mortalidad materna. (Dheeshana y Subadra, 2011: 224).

Para el estudio, definieron mortalidad materna como “la mortalidad atribuida al embarazo, terminación del embarazo, el nacimiento del niño y sus secuelas y la contra concepción...contado como el número de muertes por cada 100,000 nacimientos en el país” (Dheeshana y Subadra, 2011:224), la cual es una definición universal y consensada sobre la mortalidad materna.

Las variables que los investigadores utilizaron para averiguar el impacto de las “capacidades” en la mortalidad materna fueron las siguientes:

- 1) El desarrollo económico, lo cual lo definieron como crecimiento económico directamente relacionado con la paridad PIB per cápita.
- 2) El desarrollo político como la democratización (la que Sen 1999 define como participación política).
- 3) Habilidad de los parteros
- 4) Mujeres embarazadas que reciben cuidado prenatal
- 5) Inmunización
- 6) Tasa de prevalencia de anticonceptivos
- 7) Estatus en el mercado de anticonceptivos de emergencia
- 8) Políticas de aborto

- 9) Porcentaje de mujeres casadas después de los 18 años (esta última pone énfasis en la edad por la capacidad para tomar decisiones cuando más edad se tiene).
- 10) Alfabetismo en adultos mayores de 15 años
- 11) Gasto público total como porcentaje de gasto en salud
- 12) Gasto en seguridad social como porcentaje de gasto en salud
- 13) Densidad de trabajadores de la salud comunitarios y tradicionales por 10,000 habitantes
- 14) Población sin acceso a agua
- 15) Teléfono y líneas de internet por cada 10,000 habitantes

Cabe señalar dos cosas, la primera es que de la variable 3 a la 9, los autores las agrupan como “capacidad reproductiva” y de la 10 a la 15 como “desarrollo social”. Así mismo, como Sen, no da una guía específica sobre qué debe de considerarse como “capacidades”, los investigadores decidieron aplicar un criterio personal, basado en valores propios y experiencias personales.

Los resultados del estudio arrojaron que el desarrollo social tiene un efecto directo en la capacidad reproductiva/libertad y mortalidad materna, indicando que, cuando los niveles de desarrollo social se mejoran, la capacidad reproductiva/libertad se incrementa mientras los niveles de mortalidad materna bajan. También se encontró que el crecimiento económico y el desarrollo político son esenciales para mejorar el desarrollo social en los países en vías de desarrollo:

“Los hallazgos del estudio destacan la importancia del desarrollo social y su relación con la capacidad reproductiva/libertad de las mujeres, y por lo tanto el impacto en la reducción de tasas de mortalidad materna en los países en desarrollo. En concreto, el efecto indirecto del desarrollo social en la mortalidad materna a través de la capacidad reproductiva/libertad son más fuertes que el efecto directo del desarrollo social en la mortalidad materna. Estos resultados son consistentes con la tesis central de Sen, donde el objetivo principal del desarrollo es la libertad y argumentando que el propósito del desarrollo es mejorar las opciones de las personas con el fin de incrementar la capacidad de las personas para alcanzar estados deseados o mejorar su bienestar” (Dheeshana y Subadra, 2011: 228).



También el estudio encontró que el desarrollo político y social tenía impactos positivos en el desarrollo y que se deben de fortalecer esfuerzos hacia políticas públicas que permitan el desarrollo social como por ejemplo, el cuidado de la salud, agua, comunicaciones, abortos seguros. Por lo que se puede concluir que en países de bajos niveles de desarrollo, se puede lograr la disminución de las muertes maternas con políticas que expandan las capacidades de la gente, en especial de las mujeres.

Esto coincide también con el estudio hecho por Kuruvilla *et al* (2014) a diez países (Bangladesh, Camboya, China, Egipto, Etiopía, Laos, Nepal, Perú, Ruanda y Vietnam) que tuvieron una reducción de la mortalidad materna a pesar de los bajos niveles relativos de gastos en salud y PIB per cápita y los considerables retos políticos y socioeconómicos que enfrentaron en su momento. A su vez esto también coincide con otros estudios hechos sobre “buena salud a bajo costo” donde la salud puede ser alcanzada con relativamente pocos recursos si son usados estratégicamente (Kuruvilla *et al*, 2014: 541).

La falta de capacidades involucra muchas cuestiones, como la carencia de empleo remunerado, baja educación, falta de acceso a los servicios de salud, y eso puede hacer que incluso en lugares con mejores niveles económicos existan mujeres excluidas de ello. Para Nussbaum (2000), las circunstancias sociales y políticas desiguales crean desigualdad en las capacidades humanas de las mujeres (Nussbaum, 2000:1), ya que “casi siempre las mujeres no son tratadas como fines en su propio derecho, personas con dignidad que merecen respeto de las leyes y las instituciones. En vez de eso son tratadas como mero instrumento de los fines de los otros, reproductoras, cuidadoras, objetos sexuales, agentes de la prosperidad de la familia” (Nussbaum, 2000:2). Esto puede verse en cualquier estrato social, sin embargo se acentúa y es más evidente, en las mujeres que son más pobres.

Género, rol social y atmósfera epidemiológica, son determinantes que afectan a las mujeres. En el mundo, normalmente nacen más mujeres que hombres y además ellas son más fuertes y logran sobrevivir más que los varones desde que son fetos o también cuando son adultos, las mujeres son más longevas, por ejemplo, en lugares donde hay guerra o donde se consume más tabaco (porque los hombres al ser más consumidores de este producto, mueren más por enfermedades relacionadas a esto). Si en Asia o el norte de África la tasa de mujeres es menor, se debe a que durante la infancia a las niñas se les niegan los cuidados de salud, hospitalización y nutrición.

Además existe la selección fetal que diezma a la población de bebés del sexo femenino, práctica común en China e India (Sen, 1999:106).

Para revertir esta situación Sen (1992) propone lo siguiente:

“¿Qué causa el abandono relativo de las mujeres, y cómo puede ser cambiado? Las posibles influencias incluyen la cultura tradicional y los valores. Sin embargo, algunos vínculos económicos también han surgido, y algunas conexiones entre la situación económica y la posición social han sido identificadas. Por ejemplo, la capacidad de obtener ingresos exteriormente a través de un empleo remunerado parece mejorar la posición social de la mujer (en el caso de África subsahariana). Esto las hace contribuir a la prosperidad de la familia más visiblemente. Además, al ser menos dependientes de los demás, tienen más voz. Un estatus alto de la mujer también cambia las ideas de los deberes de las mujeres hacia los niños. En segundo lugar, la educación, sobre todo la alfabetización de la mujer, puede hacer una diferencia sustancial. En tercer lugar, los derechos económicos de las mujeres (por ejemplo, propiedad de la tierra y la herencia) pueden ser importantes. La política pública puede influenciar todo esto”. (Sen, 1992: 1)

Sen (1992) ejemplifica todos los argumentos anteriores al citar el estado indio de Kerala donde hay sistemas educativos y alfabetización al 90%, las herencias de propiedad de la tierra son dadas por línea materna, las mujeres participan en actividades económicas y hay un sistema de salud que se hizo extensivo a través de las políticas públicas. De esta manera la esperanza de vida de las mujeres es de 73 años, mientras que los hombres de 67. (Sen, 1992: 2). Además, la alfabetización de las mujeres contribuye a que haya menos mortalidad infantil. Así mismo, Welti (2012), (citando a Mason 1981 y Calwell 1979), resalta primero la importancia de que la mujer esté en el mercado laboral para la disminución de su fecundidad y que la educación formal incide positivamente en el aumento de poder y autonomía de la mujer y la disminución de la mortalidad infantil (Welti, 2012: 68-69). El problema es que el embarazo de las mujeres en el mundo laboral está mal visto y es hasta castigado en lugar de ser premiado, lo que contribuye a que tanto las mujeres como la sociedad lo vea como un inconveniente, sobre esto Oyarzún (2005) argumenta lo siguiente: “así como algunos grupos han luchado preferentemente por legalizar el aborto, también debe lucharse, en justicia, por despenalizar el don de la maternidad (castigado

frecuentemente por los ambientes sociales y laborales donde las mujeres se mueven)” (Oyarzún, 2005: 72) .

Sobre los diferentes radios de población de hombres y mujeres, Nussbaum (2000) los atribuye a la nutrición, el cuidado de la salud antes que al infanticidio practicado en la India (Nussbaum, 2000: 26-27). Así mismo a que desde el siglo XI han tenido una “tradición de residencia matrilocal y de herencias matrilineal, algunas veces en conexión con los muchos matrimonios transitorios de las mujeres, porque el trabajo masculino migraba con las temporadas” (Nussbaum, 2000: 257). Esto para Nussbaum (2000) está más relacionado con el poder y la tradición, que, agregados a la salud y la educación, hacen posible que la calidad de vida para las mujeres en esa región de la India sea superior.

Así mismo, la importancia de tener mujeres sanas, repercute en el bienestar no sólo de la familia sino de la comunidad: “Hace muchos años que el Banco Mundial enfatiza el rol de la mujer como la productora de la salud dentro de la familia” (Yamin, 2003: 25), porque ellas son quienes se encargan de vigilar desde la nutrición hasta la salud de los hijos y los ancianos (a quienes normalmente tienen a su cuidado), así como del marido. Una persona sana puede contribuir a que los demás lo sean, también a no contagiarles de enfermedades. La importancia de que las mujeres gocen de una buena salud es imprescindible porque si ellas están sanas, repercute en la familia. Además la pérdida de las mujeres al morir en el parto, deja huérfanos a los hijos, habiendo problemas sociales que se desencadenan.

Cabe señalar que después de revisar las capacidades sugeridas por los autores anteriormente señalados, ellos mismos dan la libertad a los investigadores de elegir cualquiera dependiendo de distintos factores, entre los que destacan el criterio propio. Las que se mencionaron en (Dheeshana y Subadra, 2011: 224-225), servirán para enlistarlas y construir un modelo (marco de análisis) para la mortalidad materna, pero es importante revisar otros aportes teóricos como importantes como la exclusión o el institucionalismo los cuales sirven también de guía para establecer el modelo de análisis.

## **2.7 El institucionalismo y el desarrollo de las capacidades**

Una de las soluciones para expandir las capacidades de las personas y lograr el desarrollo, Sen (1999) las encuentra en el institucionalismo: “Los individuos viven y actúan en un mundo de instituciones. Nuestras oportunidades y perspectivas dependen

sobre todo de las instituciones que existen y de cómo funcionan. Las instituciones no sólo contribuyen a aumentar nuestra libertad, sino que su papel puede evaluarse de manera, y a la luz de su contribución a aumentarla” (Sen, 1999: 142). Así mismo Welti (2012) señala que “la seguridad social, junto con las políticas públicas en materia de salud, constituyen la institucionalización de las acciones para enfrentar los riesgos que atentan contra la salud y la sobrevivencia de la población, con un objetivo que va más allá de la lucha contra las enfermedades, ya que propone el bienestar integral y se considera un medio para garantizar la viabilidad de la sociedad” (Welti, 2012: 65). La situación de salud de las personas puede ser cambiada debido a la capacidad institucional del Estado, la cual otorga salud a través de la infraestructura sanitaria y hospitalaria y su gratuidad en el servicio. Así como otras capacidades como educación a través de escuelas, medios de comunicaciones como carreteras para llegar a las clínicas, etc. La capacidad institucional del estado es fundamental.

Las instituciones fijan reglas, normas y marcos para la interacción entre actores, para que estos tengan menos incertidumbre, maximicen su potencial y además cooperen entre ellos. También fijan sanciones u otorgan incentivos. Para March y Olsen (1997) la perspectiva institucional trata de analizar los mecanismos de formación de consensos y creación de metas colectivas en la sociedad, donde la misma sociedad interactúa bajo espacios institucionalizados de políticas públicas, además que las instituciones aportan parámetros para plantear soluciones y tomar decisiones (March y Olsen, 1997: 11). Para Parsons (2007) “los institucionalistas argumentan que el principal enfoque debe situarse en la forma en que las disposiciones institucionales dentro de una sociedad dan forma al comportamiento humano. Por lo tanto las ideas y los intereses están enmarcados por las instituciones dentro de las cuales se establecen” (Parsons, 2007: 252). Aquí hay dos puntos importantes para discutir, y uno de ellos es que el estado otorga las capacidades bajo un marco institucional sobre la mortalidad materna, pero no hay una fijación de sanciones hacia el personal de salud que por negligencia médica no atienden a las mujeres en casos graves de embarazo y las dejan morir, este es un punto que salió a la luz en el trabajo de campo y que también ha sido la preocupación de asociaciones que defienden derechos sexuales y reproductivos. Otro punto es la fijación de consensos sociales sobre un tema particular. Uno de los aciertos de Perú en la lucha contra la mortalidad materna fue eso: el consenso que se logró con el gobierno y la sociedad civil.

Para Olsen (explicado por Parson, 2007), “las instituciones disponen de autoridad y poder, pero también de sabiduría y ética colectivas. Proporcionan el contexto físico, cognitivo y moral para la acción conjunta, la capacidad de intervención, los lentes conceptuales para la observación, la agenda, la memoria, los derechos y las obligaciones, así como el concepto de justicia y los símbolos con los que uno puede identificarse” (Parson, 2007: 253). Los problemas sociales cobran verdadera importancia y se elevan a un grado de “relevantes” cuando se suben a la agenda pública para que sean atendidos. Por desgracia hay muchos problemas también que son importantes y relevantes, pero si no están en la agenda, difícilmente se tomarán en cuenta.

En este sentido, las instituciones crean las reglas para el funcionamiento de la sociedad, entendido esto como la creación de leyes y marcos regulatorios. Las agendas y la construcción de los problemas están determinados por constituciones y reglas. Es por eso que para Nussbaum (2000) las capacidades pueden proveer las bases para principios constitucionales que los ciudadanos pueden demandar (Nussbaum, 2000: 12), ya que “ciertas normas universales de las capacidades humanas deben ser centrales para los propósitos políticos al pensar acerca de principios básicos políticos que puedan proveer la señal para establecer las garantías constitucionales en todas las naciones” (Nussbaum, 2000, 35). En la actualidad, la salud es un derecho humano que está garantizado constitucionalmente en casi todos los países. Sin embargo, Karolinski *et al* (2015) señalan que “la existencia de un marco normativo nacional no asegura su cumplimiento homogéneo en todas las divisiones administrativas de un país. La territorialidad (estructura demográfica, situación socioeconómica e infraestructura) se expresa en la accesibilidad a los servicios de salud y una gran variabilidad en los patrones de uso de esos servicios” (Karolinski *et al*, 2015: 353). En el caso específico de Perú, gracias a la firma de tratados internacionales, la creación de leyes y reglamentos, etc., que en teoría garantizan que una mujer no se muera al dar a luz, en Perú se institucionalizó el cuidado de la salud materna mediante la gratuidad en el servicio, la afiliación y sobre todo la ampliación de la infraestructura hospitalaria, ampliando y otorgando la capacidad institucional.

Las instituciones fueron creadas con el fin de dar soluciones a los problemas sociales. En la teoría del institucionalismo, los “agentes” son individuos que se representan a sí mismos y a sus propios intereses y que deciden actuar o no en determinadas circunstancias. Muchas de las políticas públicas ven a los sujetos de

ayuda como pasivos o pacientes. Para que se logre un desarrollo de las capacidades en las mujeres, Sen (1999) propone un cambio de perspectiva de las mujeres a ser vistas como “agentes” de su propio desarrollo. La agencia de las mujeres incide en dos campos específicos: 1) en promover la supervivencia de los niños y 2) en reducir las tasas de fecundidad (Sen, 1999: 202) donde de hecho, se muestra que lo único que tiene efecto en la tasa de fecundidad es: 1) el alfabetismo femenino y 2) la participación de las mujeres en la fuerza laboral (Sen, 1999: 218). Al final, esto no viene a ser otra cosa que la expresión de las libertades de las mujeres para elegir. Para King, Klasen y Porter (2008) además de incrementar y mejorar la educación de las niñas, sugieren que se debe de apoyar el rol reproductivo de las mujeres, de reducir la vulnerabilidad de las mujeres a través de micro finanzas y de reforzar la participación política de las mujeres a través de la acción afirmativa (King *et al*, 2008: 13-43).

Las instituciones, como estructuras y respuestas del gobierno hacia las demandas y problemas de la población, permiten que las aspiraciones o ambiciones individuales y los propósitos de las organizaciones se puedan conjuntar. Las respuestas a problemas frecuentes, muchas de las veces son institucionalizadas. Ocurre entonces una acción colectiva para establecer procedimientos con el fin de que las acciones de los actores políticos desemboquen en un bien público o el control de un efecto externo (en este caso la creación de instituciones, como capacidad institucional del gobierno para controlar la mortalidad materna). Sin embargo, en el caso de las mujeres, la familia es la primera “institución” que crea el marco de su comportamiento y permite o restringe sus libertades. Welti (2012) lo subraya al decir que “la simple existencia de servicios de salud no asegura el acceso a ellos; el rol de las instituciones es fundamental y esto incluye a la familia” (Welti, 2012, 71). La familia, como lo diría Nussbaum (2000), es la primera entidad donde se distribuye la justicia, pero también ha sido un ente represor de las mujeres, porque no ve a la mujer como un sujeto político con derechos propios (Nussbaum, 2000: 246-247). Normalmente las mujeres, en muchas sociedades (incluye los núcleos familiares), son vistas como “un medio de obtención de alguna ventaja”. Para esto Nussbaum (2000), concibe que el enfoque de capacidades se basa en el principio de que cada persona es un fin y no un medio para la obtención de algo, llevando esta capacidad hasta un límite superior (Nussbaum, 2000:5): “cada ser humano es un hacedor de su plan de vida y debe ser tratado como un fin y no como un mero instrumento de los fines de otros. Estas ideas [...] establecen metas de acción pública: se deben de crear ciudadanos que tengan

esos poderes y oportunidades, como activos planeadores de sus vidas y de igualdades dignas” (Nussbaum, 2000: 285), para que ejecuten su vida como si fueran sus propios agentes. Según los resultados de la investigación, el principal problema de los embarazos, sobre todo en adolescentes, es la falta de un plan de vida, causando, más que la mortalidad materna, un problema de carácter sociológico, cuando al ser madres, sin estudios ni trabajo se incrementa la posibilidad de ser pobres o de no tener una buena calidad de vida.

Por desgracia, en muchos países las mujeres no tienen capacidad de elección y se consideran como sujetos de tutela de otro varón o, si este no está, de la suegra, como si fueran menores de edad que no tienen la capacidad de decidir: “muchos sistemas de valores existentes, son altamente paternalistas, particularmente hacia las mujeres. Ellos le dicen qué hacer, alegando que promueven el bien hacia las mujeres. Tratan a las mujeres distinto bajo la ley, negándoles la completa capacidad cívica, derechos de propiedad, libertad de asociación y derechos laborales como a los hombres” (Nussbaum, 2000: 52). Como respuesta a esto, existe ahora una visión sobre las mujeres como “protagonistas de su propio desarrollo” (lo que equivale a ser sus propios agentes), sobre el rechazo al imperialismo y al paternalismo la cual ha sido impulsada por las feministas del Tercer Mundo, pero más que nada como una crítica hacia las políticas de desarrollo impuestas por organismos internacionales que se dieron a partir de los años sesenta. Dichas políticas por primera vez expresaban que las mujeres habían sido ignoradas del desarrollo.

Mohanty (1991) (citada por Escobar, 2007) plantea que “quien produce el conocimiento acerca de la mujer del Tercer Mundo, y desde dónde; descubre que en gran parte de la bibliografía feminista las mujeres del Tercer Mundo son representadas como llenas de *necesidades* y *problemas*, pero carentes de opciones de libertad de acción” (Escobar, 2007: 27). Si bien a la mujer se le empezó a ver “como motor de desarrollo” para la reducción de la pobreza, también se le empezó a ver como “cliente” de los organismos internacionales: una categoría más a la que había que atender. Esto se discutirá a posteriori, sobre cómo las políticas de salud, por ejemplo en el caso del Perú, fueron influenciadas por los organismos internacionales. Al final dichas políticas a quienes dañaron más fueron a las mujeres, porque las aplicaron mal (se abusó de los métodos anticonceptivos a tal grado que hubo esterilizaciones masivas que se aplicaron sin el consentimiento de las mujeres) y además en un contexto donde se vivía

en una completa falta de democracia con un Estado inmerso en la corrupción y la presión por cumplir metas, donde a las mujeres nunca se les tomó en cuenta.

En cuanto a la salud sexual y reproductiva (misma que tiene que ver con la mortalidad materna), Rousseau (2007) discute que en las reformas de las políticas sociales de Latinoamérica desde principios de los años 90 existe el enfoque de las mujeres como “clientela” de dichas políticas. Así mismo, señala que las agencias internacionales en esa época, tenían una “orientación neo-maltusiana a la adopción del enfoque correspondiente a la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), sostenida en El Cairo en 1994, basada en las nociones de salud reproductiva y equidad de género”, donde principalmente a las mujeres se les consideraba vulnerables hacia la pobreza (Rousseau, 2007: 310) y por lo tanto, “excluidas del desarrollo”, ya que como Rousseau (2007) dice, principalmente se debía a los sistemas de salud que imperaron y que todavía imperan en América Latina:

“Los regímenes de bienestar en América Latina han sido caracterizados tradicionalmente por un sistema de seguridad social asignado a un pequeño sector de fuerza de trabajo- los trabajadores sindicalizados del sector formal- donde el rol del Estado en la provisión social era subsidiaria y en el cual la familia tenía el rol central en la producción de bienestar. Además, el régimen fue mejor descrito como informal-conservador dado que la mayoría de la población fue excluida del sistema de seguridad social por su posición en el mercado de trabajo” (Rousseau, 2007: 310-311).

En este sentido, las mujeres eran más propicias a la exclusión del mercado laboral y por lo tanto al acceso a los sistemas de salud, ya que a muchas de ellas por cuestiones culturales (prohibición del marido, autoexclusión) o dinámica del mercado, no podían trabajar o no tenían acceso al trabajo, dependiendo exclusivamente de que sus maridos lo hicieran para poder lograr la afiliación a los servicios públicos sanitarios. En una crítica que hace Escobar (2007), sobre este enfoque de los organismos internacionales de creerse omnipotentes y omnisciente con la población vulnerable del tercer mundo, él sostiene que no se tomaron en cuenta las estructuras patriarcales de la sociedad y la división del trabajo que las mujeres realizan en el hogar a la hora de implementar las políticas públicas (Escobar, 2007:314-316), es decir, no se tomó en cuenta a la familia y sus dinámicas al interior de la misma, que como principal y primera institución en la vida de las mujeres, restringe su libertad de acción, por lo que,



efectivamente, existe una falta de políticas públicas, de conocimiento y planeación, que puedan hacer que las mujeres expandan sus capacidades y logren el desarrollo del que muchas todavía se encuentran excluidas, en resumen que sean sus propios agentes y logren libertad. Dicha exclusión da como resultado que tampoco puedan decidir sobre su salud reproductiva (cuando no pueden acceder a métodos contraceptivos) y por lo tanto también sea difícil o imposible decidir sobre su salud materna.

## **2.8 La exclusión de la salud y su relación con las capacidades**

Como lo comentan Estrada y Godoy (1996a) “la salud como fenómeno aislado prácticamente se constituye en algo utópico e imposible por las desigualdades sociales, económicas, de género, entre otras, que discriminan segmentos grandes de la población entre los que se encuentran las mujeres, y más aún los pobres, de edad avanzada, de color o indígenas” (Estrada y Godoy, 1996a: 45).

La exclusión social está ligada a la pobreza de capacidades. Una exclusión lleva a otra, por ejemplo, de no tener trabajo impacta en no tener ingreso y finalmente en desnutrición y hasta falta de hogar o indigencia (Sen, 2000: 5). Para Sen (2000) las exclusiones se dividen en activa y pasiva, donde la activa se refiere a políticas que excluyen a las personas cuando son aplicadas, por ejemplo, al no otorgar ciertos derechos por no tener ciudadanía (Sen, 2000: 15), como anteriormente se había comentado en el caso de los países del primer mundo que tienen políticas sociales avanzadas y generosas, las cuales tratan de cubrir a toda su población gratuitamente, sin embargo son excluidas para los que están en inmigración ilegal o dadas bajo ciertas limitantes. Por ejemplo en Francia, que tiene uno de los sistemas de seguridad social, con eficiencia y con cobertura casi universal, las personas ilegales (sin papeles) en caso de requerir atención médica pueden solicitarla siempre y cuando permanezcan más de 4 meses en el territorio francés y depositen su solicitud la cual tiene que ser estudiada para ser aprobada (Direction de l'information légale et administrative, Premier ministre, 2017).

Sen (2000), establece los siguientes tipos de exclusión:

- Inequidad y pobreza relacional: Se refiere a la privación del consumo por parte de habitantes de países pobres que puede ser establecido como resultado o influencia, imitación del consumo en países ricos. También se

refiere a la pobreza que se genera en países pobres debido a crisis económicas o recesiones y la inequidad que se deriva de eso (Sen, 2000: 40-41).

- Exclusión del mercado laboral: el rechazo a participar en el mercado laboral, ya que estar dentro contribuye al desarrollo pueda promover o no el crecimiento económico y la industrialización. Esta libertad, opuesta a la esclavitud, tiene un rol básico en vivir en sociedad, relevancia constitutiva e importancia instrumental (Sen, 2000: 41).

- Exclusión del mercado de créditos: el impacto de expandir el acceso al crédito para las personas pobres puede ser visto como una luz en la investigación instrumental de la exclusión social (Sen, 2000: 48).

- Exclusiones de género e inequidad: La negligencia del interés en las mujeres se relacione de manera cercana a estar excluida de las oportunidades de empleo, educación básica y la tenencia de la tierra. Esas exclusiones tienen una importancia instrumental. Se ha encontrado que las oportunidades de las mujeres de ser escolarizadas y de tener empleos tienen un efecto poderosamente profundo en reducir no solo la inequidad de género en cuanto a mortalidad pero también en reducir la fertilidad. Dicha reducción está influida por el trabajo que les otorga voz a las mujeres para decidir en su familia cuando 1) las mujeres son las que cargan con los hijos y 2) escolarización e ingreso independiente y estatus social incrementa el poder de decisión (Sen, 2000: 42).

- Cuidado de la salud: Existen grandes sectores de la población excluidos de los servicios de salud en muchos países. Así mismo también existe una exclusión por la falta de disponibilidad de adelantos tecnológicos en la salud a nivel internacional en regiones pobres, debido a los altos costos de los cuidados médicos (Sen, 2000: 43).

- Mercados de alimentos y pobreza: Aunque en algunos países no existe una falta de oferta de comida, parte de su población está desnutrida debido a que no cuentan con el poder adquisitivo para acceder a alimentos. Esto se debe a las desventajas económicas y esto se debe a la exclusión más que a otra cosa. (Sen, 2000: 43-44)

Hay que detenerse de nuevo en el punto de “exclusiones de género e inequidad” pues ahí Sen (2000) vuelve a mencionar el fenómeno de la “pérdida de mujeres” y que

al incluir a las mujeres en el empleo y la educación disminuye la mortalidad de las mismas, las tasas de fertilidad y fomenta los cambios en la familia.

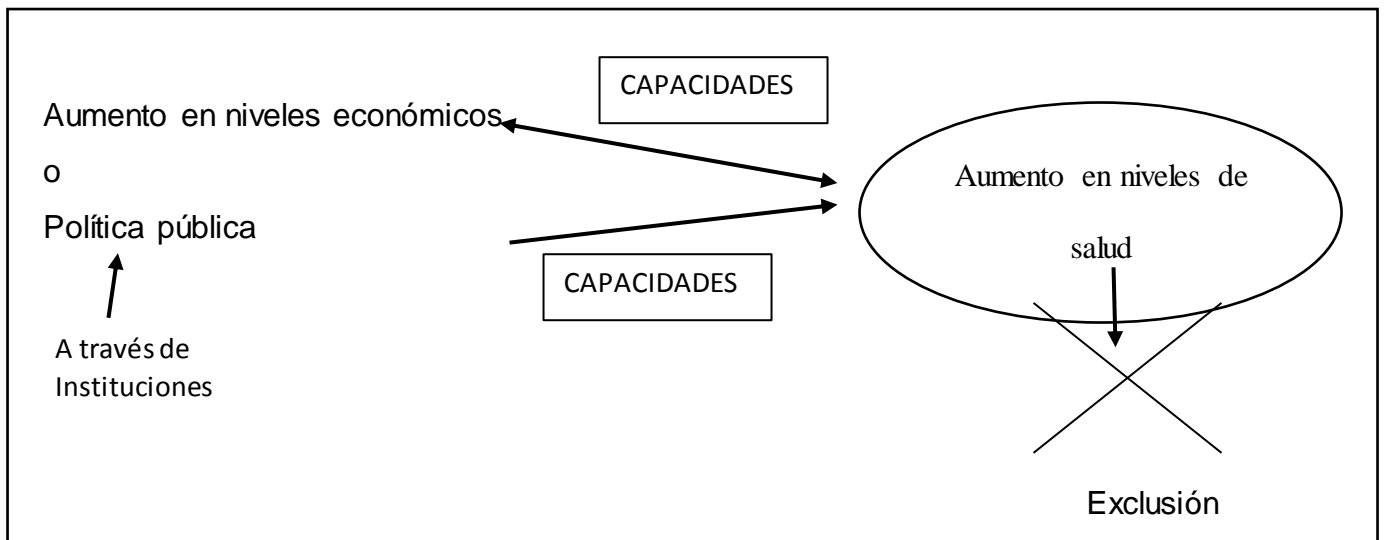
Para Rizo (2006), la exclusión social es “un proceso multidimensional y politizable, por cuanto se generalizan los riesgos de caer en las zonas de vulnerabilidad, tiene causas y consecuencias políticas, económicas, culturales y temporales” (Rizo, 2006: 4). Para Rizo (2006), la exclusión puede atajarse desde las políticas públicas, además de que en dicho concepto no cabe la autoexclusión (la voluntad propia de retirarse de algo) por alguna causa. La autora señala que este concepto es más sociológico que económico. Según la autora, el desarrollo social debe medirse mediante “la distribución de recursos sociales. Así, exclusión y pobreza serían conceptos complementarios, pero no podrían confundirse pues no todo excluido es pobre, ni todo pobre es excluido” (Rizo, 2006: 5). Hay cuatro formas de ser excluido: por lo jurídico (falta de derechos) y lo económico (producción o consumo), lo social (étnica, religión, cultura, género) y los motivos individuales (adicciones, enfermedades, analfabetismo, etc.) (Rizo, 2009:8)

En el caso de la exclusión de mujeres en la salud, La Parra (2002) realizó un estudio exploratorio que constó de entrevistas a profundidad a 55 mujeres españolas dispersas por todo el territorio, las cuales estaban en situación de pobreza o precariedad social. El estudio trataba de averiguar si la exclusión social es un factor restrictivo de la salud (La Parra, 2002: 263-264). Con esto, confirmó lo que otros estudios ya habían obtenido: la relación entre el estado de salud y la situación socioeconómica, la cual además se relaciona con el género y otras variables tan dispersos como el lugar donde se habita. De ahí, por ejemplo, muchas de las hipótesis señalaban esta situación de vulnerabilidad, las presiones de demandas familiares por salir adelante, la falta de soluciones del sistema de salud cuando la situación de enfermedad obedece a condiciones sociales, etc. Por ejemplo, en el estudio una de las mujeres aunque tuviera acceso a los sistemas de salud y medicamentos, no podía curarse porque el lugar donde vivía y las condiciones de su hogar favorecían para que su enfermedad siguiera. Se concluyó que “la ausencia de oportunidades vitales (empleo de calidad, educación, participación, acceso a los servicios sociales y sanitarios), provoca por vías directas o indirectas una reducción de las posibilidades de disfrutar una vida saludable (La Parra, 2002:266).

En este sentido de la exclusión, se da mayormente por el contexto en el que viven las personas y este repercute en sus niveles de salud, lo cual se convierten en determinantes de la misma: “el contexto influye sobre la salud sexual y reproductiva. El análisis del contexto en el que las mujeres viven constituye una pieza fundamental en la caracterización del problema: “Los problemas de salud de las mujeres son un reflejo del lugar que se les asigna socialmente, por lo tanto, no se pueden entender al margen de las condiciones sociales y económicas en las que se desarrolla su vida” (Ministerio de Salud, 2009: 35). Se sabe que el contexto, expresado a través de sus múltiples facetas (políticas, socioeconómicas, culturales, territoriales e institucionales, entre otras), es un potente determinante que explica la variación de indicadores de salud” (Karolinski, 2015: 353).

A continuación, a manera de resumen de todos los conceptos vistos anteriormente, se presenta un diagrama que puede explicar las capacidades y su relación con otros conceptos.

**Diagrama 2: Las capacidades y su relación con otros conceptos vistos en el capítulo**



Fuente: elaboración propia.

En el diagrama 2 explica cómo el aumento en los niveles económicos tiene una relación simétrica con el aumento en los niveles de salud. La misma se da en ambos sentidos y es directamente proporcional, es decir, si también aumentan los niveles de salud, aumentan los niveles económicos; pues una persona que goza de salud puede ser más productiva o tener un trabajo, pero a la inversa, una persona enferma no será

tan productiva. Esta relación es propiciada por factores que existen en el intermedio, los cuales se denominan capacidades.

Cuando interviene la política pública y otorga las capacidades a través de instituciones, la relación va en un solo sentido, es decir, sólo a través del otorgamiento de capacidades se puede lograr aumentar los niveles de salud.

Al aumentar los niveles de salud en las personas, se cambian o revierten los determinantes de la salud y la exclusión.

## **2.9 Modelo ideal que debería tener la política pública enfocada a las mujeres para lograr la salud materna**

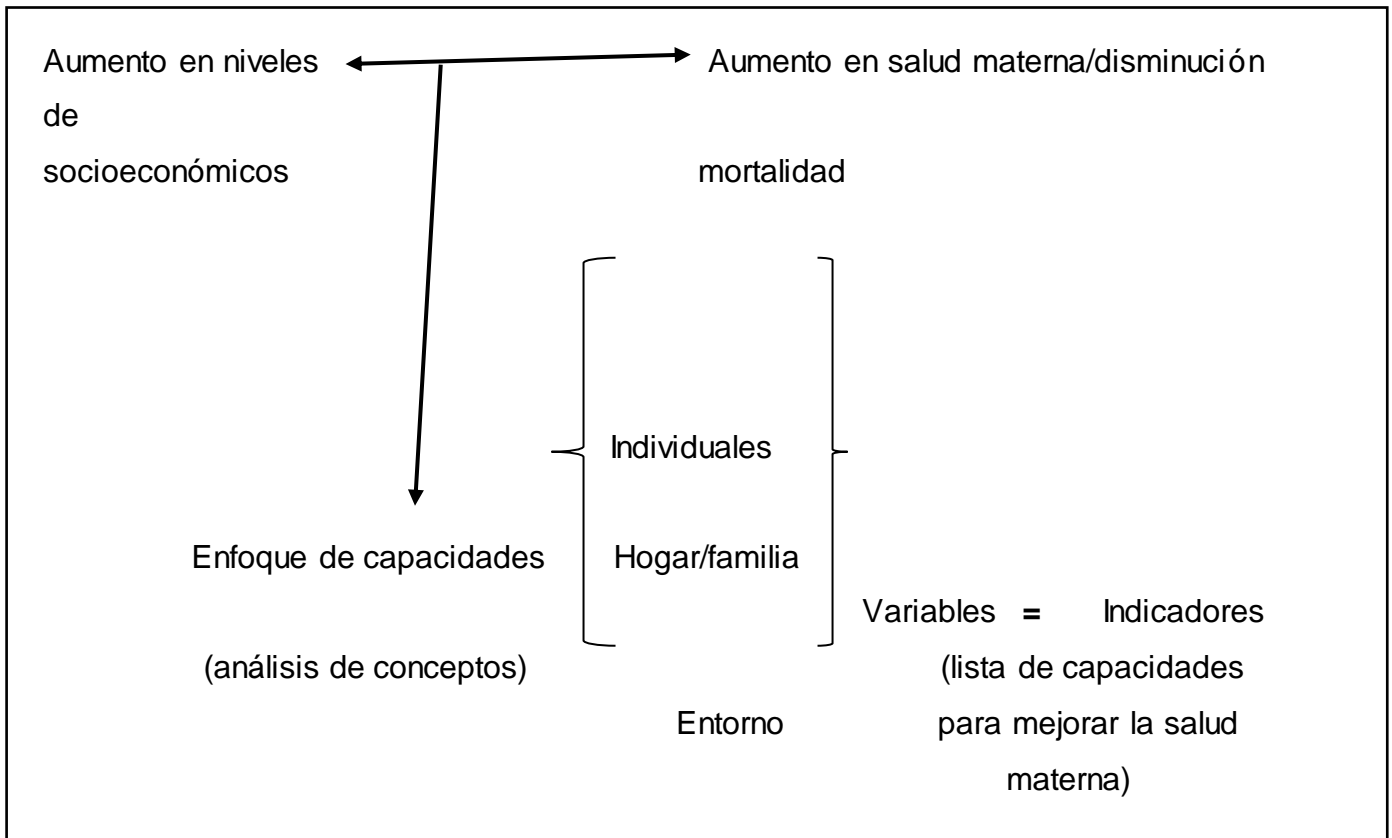
El enfoque tradicional del análisis de la mortalidad materna muestra solamente la medición de la misma y si se bajaron los índices con respecto al año anterior o a otros años. Otros análisis enumeran al final, brevemente, que las posibles causas de la mortalidad materna se deben de diversos factores socioeconómicos de las mujeres, pero no se profundiza en ello. La aportación principal de este trabajo es la creación de un modelo de análisis que trate de englobar la mayor parte de estas características para explicarnos el fenómeno. Por esta razón, para plantear el modelo tenemos que retomar la hipótesis.

La hipótesis planteada al inicio de esta investigación señala lo siguiente: “Las mujeres sobreviven durante el embarazo, parto o puerperio, gracias a una serie de capacidades que son otorgadas por la política pública de salud materna, hacia ellas como individuos, hacia sus hogares donde habitan y hacia el entorno socioeconómico en el que viven; sin importar, si en el país donde habitan no ha logrado niveles de desarrollo socioeconómicos altos”. Por lo esta hipótesis nos lleva a plantearnos la pregunta de investigación siguiente: “¿Qué capacidades necesita otorgar la política pública de salud a las mujeres, a sus hogares o a su entorno, para que puedan mejorar sus condiciones de salud durante el embarazo y después de él y evitar así la muerte materna, aunque vivan en un país que no tenga niveles socioeconómicos altos?”

Uno de los pasos, para responder a esta pregunta de investigación, supone primero elaborar una lista con las capacidades que los autores señalaron anteriormente. Dicha lista servirá para elaborar un modelo ideal con variables que debería de contener la política pública de salud y que posteriormente cuando se

implemente puedan llegar a ser indicadores de medición de impacto de la misma (aunque este trabajo no pretende llegar hasta la elaboración de indicadores, ni la evaluación de la política pública a través de los mismos, sino se quedará en la fase de la implementación). Esto nos lleva a la creación del siguiente modelo de análisis de la mortalidad materna:

**Diagrama 3: Elementos para la construcción del marco metodológico para el análisis de la mortalidad materna**



Fuente: elaboración propia.

El diagrama parte de la teoría vista en el capítulo 2 sobre la relación entre el desarrollo económico y salud, la cual va en ambos sentidos como lo indica la flecha. En el intermedio de esta relación están las capacidades, las cuales se dividen en individuales, del hogar y del entorno. De ellas surgen varias variables que más adelante son enlistadas y los indicadores de las mismas.

A continuación se muestra una lista a manera de resumen como guía para investigar si se les otorgó estas capacidades a las mujeres de Perú, que hicieron que no murieran en el embarazo, parto o puerperio. Valga decir que también es importante retomar esto, porque aunque ya se planteó en el marco teórico, es un resumen de todo el capítulo y es una guía para el resto de la investigación y la comprobación de la hipótesis.

La lista fue elaborada en primer lugar adoptando como principal criterio el género (femenino) como principal determinante de la salud (como lo señalan Sen, 2000: 40-44, Lomelí, Flores y Granados, 2012: 254-255, Hernández y Palacio, 2012: 123). Después la lista se delimitó con base a 1) criterio propio, pues el mismo Sen 1999 no establece cuáles son las capacidades, así que hay una libertad cuando se hace este tipo de investigaciones como se expone al citar el estudio de Dheeshana y Subadra, (2011), además de también basarlo en estudios realizados, los cuales se citarán más adelante, valores propios, experiencias personales y las entrevistas realizadas; de esta manera hubo algunas variables que no mencionan los autores citados, pero se decidió incluirlas por considerarlas importantes como lo es “la cultura”, “la capacidad de decisión sobre los alimentos a preparar” y “la capacidad de llevar una vida libre de violencia” y 2) Disponibilidad de datos. Estas capacidades se dividen para facilidad del análisis porque algunas dependen de que las mujeres tengan la capacidad de decidir por ellas mismas, otras depende de la familia (hogar) y otras del entorno, sin embargo todas ellas pueden y deberían ser capacidades que las tiene que otorgar la política pública. Así mismo se da la libertad de elección de cómo medir esa variable.

### **2.9.1 Lista de capacidades: de la mujer, del hogar y del entorno, para mejorar la salud materna**

- 1) Capacidades de la mujer (decisiones que deberían de ser propias)
1. Nivel educativo: (Hernández y Palacio, 2012: 123; King *et al*: 2008, 13-43; Lomelí *et al*, 2012: 254; Nussbaum, 2000: 61; Sen, 1992: 1; Sen, 1999: 19; Sen, 2000: 34; Welti, 2012: 67). Esta variable puede medirse, pero no limitarse, a “nivel de estudio de la mujer como años de escolaridad acumulados”. A mayores niveles de educación se supone que la mortalidad materna disminuye, sin embargo hay casos que la mujer posterga su embarazo por esta razón y tiene complicaciones por la mayor edad.

2. Trabajo/empleo (Hernández y Palacio, 2012: 123; Sen, 1999: 218; Nussbaum, 2000: 61; Plata, 2010: 71-72; Sen, 1992: 1, Welti, 2012: 67). La variable puede referirse, pero no limitarse a población económicamente activa de mujeres, etc., así como la oportunidad de la mujer de tener un empleo remunerado. La fuerza laboral castiga a las mujeres embarazadas negándoles el trabajo o poniéndolas en peligro dependiendo de la labor que realicen.
3. Capacidad de decidir sobre los alimentos. (Cartwright y Hardie, 2012: 80-81; Chávez *et al*, 2010: 72; Sen, 2000: 40-44; Vigo, 2016). Puede medirse, pero no limitarse, a quién decide lo que se va a comer en el hogar, quién decide sobre la compra, etc., ya que para muchas mujeres, la pobreza o el esposo o alguien más restringe o toma la decisión de qué se va a comer, afectando su salud durante la gestación.
4. Ausencia de desnutrición (Hernández y Palacio, 2012: 123; Lomelí *et al*, 2012: 254-255; Nussbaum, 2000: 78-80; Sen, 1999: 19; Plata, 2010: 71-72; Romero *et al*, 2010: 43). Puede medirse, pero no limitarse, por ejemplo a niveles de desnutrición de la población, muerte por esa causa, anemia. Esta última, puede causar muerte en la madre o estragos en la salud del feto.
5. Estado Civil y edad de matrimonio (Dheeshana y Subadra, 2011:224; Romero *et al* 2010: 43). Puede medirse o no limitarse a número de matrimonios, edad de los mismos, dependiendo de la disponibilidad de la información. Cabe destacar que, esta variable es importante porque, en algunas sociedades, muchos embarazos se ocultan cuando no están casadas o si la mujer se casó a una mayoría de edad y el embarazo se dio en esa etapa.
6. Edad de la mujer (Hernández y Palacio, 2012: 123; Plata, 2010: 71-72; Romero *et al* 2010: 43). Puede medirse, pero no limitarse a un período fértil. Normalmente las mediciones se enfocan en el embarazo adolescente (menores de 19) y embarazos después de los 35 o 45, etc., basándose en los riesgos médicos de la salud para los embarazos infantiles o en los riesgos sociales del embarazo adolescente.
7. Número de hijos (Plata, 2010: 71-72; Romero *et al* 2010: 43). La variable es importante porque influye en la salud materna si la mujer es múltipara, si es primer parto, etc. Puede medirse, pero no limitarse al número de hijos y número de embarazo, etc.



8. Capacidad de llevar una vida libre de violencia (Chávez *et al*, 2010: 69; MINSA, 2009: 34; OEA, 1994). La violencia entendida y generalmente medida, pero no limitada a “violencia física, psicológica, económica, sexual” sobre todo si esta se da durante el embarazo afectando la salud materna y que generalmente es ejercida por la pareja o familia. También sería interesante plantear la violencia del entorno social donde la mujer habita. Puede medirse pero no limitarse a denuncias recibidas en el ministerio público relacionadas con violencia de género.
9. Uso de anticonceptivos (Dheeshana y Subadra, 2011:224; Hernández y Palacio, 2012: 123; King *et al*: 2008, 13-43). Puede medirse, pero no limitarse al: uso, acceso, precios de anticonceptivos, funciones como prevenir embarazos de alto riesgo o en edades tempranas o avanzadas, etc.
10. Controles prenatales (Dheeshana y Subadra, 2011:224; Santos, 2010: 25). Puede medirse, pero no limitarse al número de los mismos, frecuencia, etc. La variable es importante porque influye para detectar a tiempo posibles complicaciones.
11. Capacidad para decidir su parto, cultura e interculturalidad (MINSA, 2009: 38; Nureña, 2009: 374; Choque, 2016; Del Carpio, 2016; Masumura, 2016; Pinedo, 2016; Quiñones, 2016; Tavera, 2016). Puede medirse, pero no limitarse al número de clínicas con adecuaciones culturales, partos con adecuaciones culturales, humanizados, etc.
12. Propietaria de casa o tierras (Nussbaum, 2000: 78-80; Sen, 1992: 1). Puede medirse, pero no limitarse al porcentaje de mujeres con título de propiedad. El índice es importante para saber si cuenta con bienes y estos influyen para poder decidir económicamente sin que su salud dependa de los medios económicos de otras personas
13. Si recibe o ha recibido microcréditos o microfinanzas (King, Klasen y Porter: 2008, 13-43). Puede medirse como, pero no limitarse a, cantidad de dinero dado a mujeres para emprender negocios, número de beneficiarias, etc.
14. Vacunas e inmunización (Dheeshana y Subadra, 2011:224, Welte, 2012: 71). Puede medirse como, pero no limitarse a, porcentaje de población vacunada, etc. El índice sirve para prevenir posibles enfermedades o discapacidades de la mujer.

15. Padecimiento de alguna enfermedad y/o consumo de sustancias nocivas para la salud, etc. (Hernández y Palacio, 2012: 123). También se puede incluir si la mujer consume tabaco, alcohol, etc. Se puede tomar el índice de algunas enfermedades que se agravan durante el embarazo, por ejemplo, la diabetes mellitus o enfermedades cardíacas, también algún índice de estilos de vida como “obesidad”, pero no se debe de limitar a estos pues solo son indicadores. Puede medirse, pero no limitarse al número de muertes maternas causadas por “otras afecciones” distintas a las comunes como son aborto, hemorragia, sepsis, hipertensión.
  16. Origen racial o étnico (Welti, 2012: 67). Puede medirse en población indígena u otro origen con encuestas de satisfacción al usuario. Es importante porque muchos de los servicios de salud son negados por algún tipo de discriminación. Puede haber aquí también la discriminación sexual.
  17. Percepción de la calidad de atención recibida asociados a la mortalidad materna (Santos, 2010: 25). Algunas investigaciones sugieren que existe trato discriminatorio, violencia obstétrica, negligencia, etc., hacia las mujeres durante el parto; por lo que la variable puede medirse, pero no limitarse a satisfacción del usuario de servicios médicos recibidos durante el parto o posterior o anterior a este.
- 2) Capacidades del hogar/familia donde habita la mujer
18. Estructura del hogar, tamaño y jefatura (Welti, 2012: 67). Puede medirse pero no limitarse a número de miembros que habitan en el hogar, hogares monoparentales, sexo del jefe., etc.
  19. Impedimento o restricción familiar para que la mujer sea atendida (Santos, 2010: 25; Pinedo, 2016; Quiñones, 2016). Puede medirse pero no limitarse a la información extraída en las autopsias verbales, si hubo alguna persona que impidió a la mujer ser atendida.
  20. Ingreso del hogar y recursos destinados a la salud (Santos, 2010: 25). Puede medirse, pero no limitarse a la cantidad de dinero que ingresa al hogar por distintos conceptos (principalmente salarios, becas y programas de gobierno, ayudas económicas, etc.) y de ese ingreso cuánto se destina a cuidados de la salud. Este índice es importante, debido a que son los hogares más pobres los que presentan más mortalidad materna

21. Afiliación al seguro social: puede medirse si la familia tiene algún tipo de cobertura médica, en especial la mujer (Hernández y Palacio, 2012: 123; Romero *et al*, 2010: 43; Sen, 1999: 131).
22. Hogar con agua y drenaje: (Hernández y Palacio, 2012: 123; Lomelí *et al*, 2012: 252-255; Welti, 2012: 67). Puede medirse, pero no limitarse, en si el hogar está conectado a la red de agua y drenaje público o si accede a estos servicios de alguna otra forma (fosa séptica, pipas, etc.). Este índice es importante, ya que el no tener agua disponible propicia las condiciones de insalubridad o tener que acarrearla desde puntos lejanos en estado de embarazo es peligroso. Al carecer de algún medio como el drenaje, puede propiciar enfermedades.
23. Electricidad: (Dheeshana y Subadra, 2011:224). La variable es importante porque indica que su falta merma las condiciones de vida adecuadas. Puede medirse, pero no limitarse a si el hogar está conectado a la red de electricidad.
24. Teléfono e internet: (Dheeshana y Subadra, 2011: 224). La variable es importante porque sirve para estar comunicado sobre todo en emergencias, además de recibir información. Puede medirse, pero no limitarse, a telefonía fija o móvil y acceso del hogar a internet.

### 3) Capacidades del entorno

25. Condiciones laborales (Hernández y Palacio, 2012: 123). Si la mujer tiene un trabajo remunerado o si este es precario, etc. Puede medirse, pero no limitarse, a esa descripción.
26. Tamaño de la localidad que habita, urbano o rural (Hernández y Palacio, 2012: 123; Lomelí *et al*, 2012: 252-255, Welti, 2012:63, 64). Generalmente estos lugares se encuentran alejados o carentes de servicios de salud. Puede medirse pero no limitarse al tamaño de la población.
27. Acceso a infraestructura sanitaria (hospitales y centros de salud): (Hernández y Palacio, 2012: 123; Lomelí *et al*, 2012: 252-255). Puede medirse, pero no limitarse, al número de hospitales y clínicas en la ciudad o región donde se habita. Aunque se viva en localidades grandes, hay familias que por sus condiciones sociales no pueden acceder a la infraestructura sanitaria o en emergencias se encuentran lejos de hospitales de especialidades.
28. Tecnología disponible para tratar complicaciones en el embarazo (Lomelí *et al*, 2012: 254). Puede medirse pero no limitarse a aparatos y equipo en los

hospitales y clínicas de salud para tratar complicaciones del embarazo (ej. Legrado).

29. Tiempo de demora para llegar al establecimiento de salud (Santos, 2010: 25). Puede medirse, pero no limitarse a distancia que se tarda en recorrer desde el poblado más cercano hasta el centro de salud u hospital. En teoría, se dice que si existe una hemorragia y la mujer tarda más de dos horas de distancia para llegar a recibir atención médica, muere.
30. Atención del parto por personal calificado: se refiere a que quien atienda el parto sea alguien calificado para tal labor. (Santos, 2010: 25; Dheeshana y Subadra, 2011:224). Puede medirse pero no limitarse a número de doctores, parteras u obstetrices por establecimiento médico.
31. Democracia, gobernanza y estado de derecho, libertad y participación política: que bajo estas variables se respetan los derechos humanos y las libertades de las personas y las políticas aplicadas no afectan a las personas, sino al contrario (Deaton, 2013:14; King *et al*: 2008, 13-43; Nussbaum, 2000: 61; Sen, 1995:10; Welti, 2012: 74). Puede medirse, pero no limitarse a la elaboración de índices sobre corrupción, denuncias de violaciones a derechos humanos, etc.
32. Despenalización del aborto y abortos seguros: bajo el esquema de libertad para abortar no existe la clandestinidad y por lo tanto no hay riesgo para quienes lo practican (Dheeshana y Subadra, 2011:224). Puede medirse, pero no limitarse a número de leyes aprobadas para despenalizar algunas causales para abortar.
33. PIB, gasto en salud y seguridad social (Dheeshana y Subadra, 2011:224, Sen, 1999: 10, 39). Los índices económicos son importantes ya que indican que un país puede tener más recursos para invertir en la salud, sin embargo esta inversión debe de ser focalizada y transparente. Puede medirse pero no limitarse a porcentaje del PIB destinado a la salud, número de personas (o mujeres en particular) afiliadas a los sistemas de seguridad social.

Algunas de estas capacidades, aunque se muestran separadas, en realidad tienen relación unas con otras, por ejemplo, el uso de anticonceptivos o el trabajo, hay veces que la decisión no depende de la mujer, sino de la pareja (hogar) de esta o de situaciones ajenas a ellos como el entorno (la disponibilidad de ambas cosas en lugares alejados), etc.

### **2.9.2 Operacionalización de la variable para construir el marco de análisis de la mortalidad materna**

A partir del listado propuesto, donde se definen las variables y la posible forma de medirlas, se operacionalizó la variable “capacidades que deben de ser otorgadas por la política pública para la disminución de la mortalidad materna” y se desprendieron 3 grandes dimensiones: “capacidades deben de ser otorgadas hacia las mujeres como individuos”, “capacidades que deben de ser otorgadas hacia los hogares donde viven las mujeres” y “capacidades que deben de ser otorgadas hacia el lugar/país donde habitan”. Esta clasificación en tres grandes conceptos responde a las características propias del individuo, del núcleo familiar y a las condiciones socioeconómicas-geográficas-políticas-culturales, etc., que lo rodean. Posteriormente se hizo una subdivisión de las dimensiones que responde a características económicas, culturales, de salud, sociales, etc. De ellas se desprenden los indicadores, los cuales son las capacidades específicas que se pretenden analizar. Al momento de hacer los indicadores algunos de la lista anterior desaparecieron, como por ejemplo “estado civil”, ya que no puede ser una capacidad que otorgue la política pública, sino que al final es una decisión personal.

Este marco metodológico es una guía para analizar las entrevistas para saber cuáles fueron las capacidades que la política de salud otorgó e hizo que la muerte materna disminuyera.

**Tabla 2: Marco metodológico para el análisis de la mortalidad materna**

Variable	Dimensiones	Subdimensiones	Indicadores	Referencia de donde surge el indicador
Nombre de la variable: capacidades que deben de ser otorgadas por la política pública para la disminución de la mortalidad materna	Las capacidades deben de ser otorgadas a las mujeres de manera individual	Capacidades de salud en general, de salud materna y reproductiva	Ausencia de desnutrición	Hernández y Palacio, 2012: 123; Lomelí et al, 2012: 254-255; Nussbaum, 2000: 78-80; Sen, 1999: 19; Plata, 2010: 71-72; Romero et al, 2010: 43
			Vacunas e inmunización	Dheeshana y Subadra, 2011:224; Welti, 2012: 71
			Anticonceptivos	CONEVAL, 2012: 25; Plata, 2010: 71-72; Romero et al, 2010: 43; Dheeshana y Subadra, 2011:224; Hernández y Palacio, 2012: 123; King et al: 2008, 13-43
			Controles prenatales	Dheeshana y Subadra, 2011:224; Santos, 2010: 25
			Parto humanizado y/o intercultural	MINSA, 2009: 38; Nureña, 2009: 374
			Detección de enfermedades y tratamientos por adicción	Hernández y Palacio, 2012: 123
			Captación y monitoreo de embarazos en menores de 18 y mayores de 35 años	Hernández y Palacio, 2012: 123; Plata, 2010: 71-72; Romero et al 2010: 43

			Calidad de atención recibida asociados a la salud materna (ausencia de violencia obstétrica, de negligencia, de tiempos de espera para atención, etc.)	Santos, 2010: 25
		Capacidades económicas	Trabajo remunerado	Hernández y Palacio, 2012: 123; Nussbaum, 2000: 61; Plata, 2010: 71-72; Sen,1992: 1; Sen,1999: 218; Welte, 2012: 67
			Propietaria de casa o tierras	Nussbaum, 2000:78-80; Sen,1992: 1
			Microcréditos/ Microfinanzas	King et al: 2008, 13-43
		Capacidades sociales	Nivel educativo/años de escolaridad	Hernández y Palacio, 2012: 123; King et al: 2008, 13-43; Lomelí et al, 2012: 254; Nussbaum, 2000: 61; Sen, 1992: 1; Sen, 1999: 19; Sen, 2000: 34; Welte, 2012: 67
Ausencia de violencia (psicológica, económica, sexual)	Chávez et al, 2010: 69; MINSA, 2009: 34; OEA, 1994.			
Las capacidades	Capacidad	Ingreso del hogar y recursos	Santos, 2010: 25	

		destinados a la salud		
		Afiliación al seguro social	Hernández y Palacio, 2012: 123; Romero et al, 2010: 43; Sen, 1999: 131	
		Decisión sobre los alimentos	Cartwright y Hardie, 2012: 80-81; Chávez et al, 2010: 72; Sen, 2000: 40-44	
	Capacidades de infraestructura	Agua y drenaje	Hernández y Palacio, 2012: 123; Lomelí et al, 2012: 252-255; Welte, 2012: 67	
		Electricidad	Dheeshana y Subadra, 2011:224	
		Teléfono e internet	Dheeshana y Subadra, 2011: 224	
	Capacidades culturales	Ausencia de impedimento o restricción para que la mujer sea atendida	Santos, 2010: 25	
	Las capacidades que deben de ser otorgadas al lugar/país donde habitan las mujeres	Capacidades económicas	Condiciones laborales adecuadas para embarazo y lactancia	Hernández y Palacio, 2012: 123
			PIB, porcentaje de gasto en salud y seguridad social	Dheeshana y Subadra, 2011:224, Sen, 1999: 10, 39
		Capacidades sociales	Ausencia de discriminación por origen racial o étnico	Welte, 2012: 67



		Acceso menor a dos horas de distancia a hospitales y centros de salud sin importar tamaño de localidad (urbano o rural)	Hernández y Palacio, 2012: 123; Lomelí et al, 2012: 252-255; Welti, 2012: 67
	Capacidades de infraestructura	Atención del parto por personal calificado (médicos, obstetrices, parteras)	Santos, 2010: 25; Dheeshana y Subadra, 2011:224
		Tecnología disponible para tratar complicaciones en el embarazo, parto o puerperio	Lomelí et al, 2012: 254
		Sistemas de referencia y coordinación entre los niveles de atención hospitalaria, disponibilidad de información, expediente clínico en red	CONEVAL, 2012: 18; Seclén-Palacín et al, 2003: 433;

	Capacidades políticas	Democracia, gobernanza y estado de derecho, libertad y participación política	Deaton, 2013:14; King et al: 2008, 13-43; Nussbaum, 2000: 61; Sen, 1995:10; Welte, 2012: 74
		Acceso al aborto legal	Dheeshana y Subadra, 2011:224

## 2.10 Conclusiones

Existe una relación entre el desarrollo económico, la salud y la disminución de la mortalidad. Esta relación podría decirse que va en aumento de una mejora de salud cuando se tienen mayores ingresos pues a mayores ingresos, menos mortalidad. Sin embargo, esta relación no siempre es así, porque existen excluidos de esta riqueza. También la relación opera a la inversa: debido a que los individuos tienen mejores condiciones de salud y de vida, pueden tener más ingresos. Existen además otras variables importantes que inciden en la salud y la mortalidad, como la nutrición, la tecnología, etc., y determinantes de la salud lo cual se refiere a las condiciones en que viven los individuos y que los predeterminan a padecer alguna enfermedad como el género, el lugar donde vive, la pobreza, etc., pues la salud está determinada por diversos factores, muchos de ellos tienen que ver con la falta de distribución de los ingresos y exclusión

En la actualidad, aunque los niveles de mortalidad han bajado y las condiciones de salud han aumentado, existen personas que se quedan fuera de “este desarrollo” y padecen la desigualdad que el mismo progreso genera. En el capítulo se plantearon casos de países con cierto grado de desarrollo (y con altos niveles de ingreso per cápita) en los que parte de su población tiene índices parecidos a los de países en vías de desarrollo. Pero también sucede que algunos países pobres pueden alcanzar altos niveles de salud y bienestar gracias a la aplicación de políticas públicas que mejoran la vida de sus ciudadanos.

El bienestar de una sociedad es multidimensional e involucra muchas cosas más allá del ingreso: está relacionado con la educación, la salud, la participación política de

los individuos, la democracia, etc. La falta de salud refleja una falta de capacidades, por esta razón, las personas excluidas del desarrollo padecen problemas de salud y/o de muerte prematura. Un ejemplo de ello son las mujeres al ser excluidas con falta de atención médica, nutrición y cuidados maternos, presentan índices superiores de mortalidad que los hombres; cuando naturalmente se esperaría que ellas vivieran más que sus contrapartes en circunstancias normales. Así mismo una mujer cuando es pobre tiene más vulnerabilidad hacia las enfermedades.

El desarrollo de capacidades significa la libertad y la valoración de la vida que los individuos quisieran vivir o también una forma para que su vida no sea un “medio” para otras personas, sino “un fin para ellos mismos”, para que sean agentes de su propio desarrollo. Existen también una serie de determinantes de la salud los cuales hacen que las personas sean especialmente vulnerables y excluidas, es decir son las condiciones en las que las personas se encuentran y que los condicionan a contraer enfermedades. Las capacidades que pueden ser otorgadas a través de la política pública para que la persona pueda cambiar o mejorar su situación y logre un desarrollo y libertad.

La salud no es un tema sólo médico, sino también social. La salud no sólo depende del ingreso (aunque es indiscutible su influencia), pero también depende de las políticas que la implementen para su fomento. No obstante, quedándonos sólo en el nivel de atención de la salud, el análisis sería corto al no tomar en cuenta que existen los determinantes sociales, políticos y culturales de la salud y exclusiones de la misma, las cuales se pueden revertir a través de la creación de capacidades. Dichas capacidades, pueden lograrse a través de la institucionalización y la política pública.

De esta manera, el capítulo 2 se profundizó en el marco teórico de capacidades, se revisaron varios autores y se relacionó este concepto con los determinantes de la salud y las exclusiones sociales, así como el papel que juega el institucionalismo en el otorgamiento de las capacidades a las personas a través de la política pública; no sin antes, explicar que las capacidades son importantes para incrementar la salud de las personas, aunque no haya un desarrollo económico muy alto, sino que es más importante una política pública de salud bien aplicada para el otorgamiento de capacidades para mejorar la salud de las personas.

A partir de ahí, con toda la teoría revisada, se construyó el marco metodológico derivado de una lista con una serie de capacidades que debían de ser otorgadas por

la política pública para que las mujeres, tanto a nivel individual, como al hogar donde habitan, así como al entorno/lugar donde viven para que durante el embarazo, parto o puerperio fuera saludable y se evitara la mortalidad materna. Dicho marco de análisis nos servirá para aplicarlo al caso del Perú para poder entender más globalmente las estrategias que siguieron para la disminución de su mortalidad materna.

## Capítulo 3

### La mortalidad materna en el mundo y en Perú

#### 3.1 Introducción

La muerte de las mujeres embarazadas y después del embarazo, representa a nivel mundial un problema que no se ha podido erradicar, debido a la incidencia y el alto número de casos de mujeres que mueren debido a causas que pueden ser evitables; por esta razón su muerte representa un lastre para el desarrollo de los pueblos, porque pasa de una manera más constante en países pobres o en vías de desarrollo. Pero no sólo eso, la importancia del estudio de la mortalidad materna refleja el grado de desarrollo de los países, la inequidad y la desigualdad en el acceso a los servicios de salud, entre muchas otras cosas, como problemas sociales que acarrea el que una madre muera y deje hijos huérfanos y hasta problemas de derechos humanos o inequidad entre los géneros. La ONU lo definió como un prioridad internacional dentro de los Objetivos del Milenio (ONU, 2015).

En este capítulo se sientan las bases para entender el fenómeno de la mortalidad materna a nivel mundial y a nivel de ciertos países y se citan algunos ejemplos destacados. De igual manera se muestra el ejemplo concreto de Perú y sus niveles de mortalidad materna, en donde se puede observar que Perú ha sido uno de los países de América Latina que más ha avanzado en el quinto ODM. Dicho país bajó su Razón de Mortalidad Materna (RMM) de 251 muertes por cada 100,000 nacidos vivos a 68 (Banco Mundial, 2017) en 25 años, recordando que la meta a alcanzar era de 66 defunciones por cada 100,000 nacidos vivos, convirtiéndose en uno de los 20 países que más había reducido la mortalidad materna (Del Carpio, 2013: 462).

El capítulo ayuda a entender que esto es un fenómeno que aunque en primera instancia está ligado a causas médicas, también está ligado a causas sociales, entre las que destacan la pobreza, sin embargo esta sola no es la única, por lo que es un fenómeno que no puede ser disminuido con poner más hospitales y mejorar las condiciones económicas de la población, sino con algo integral y amplio, porque atacar sólo las causas clínicas dará una solución parcial cuando existen determinantes sociales de la salud que inciden en esta. Por esta razón, se discute como una posible solución las políticas públicas que otorguen capacidades a las personas (en especial a las mujeres).

Perú ha tenido un crecimiento económico considerable en las últimas décadas pues de acuerdo a la clasificación del Banco Mundial de las economías del mundo de acuerdo al PIB per cápita, de ser un país de ingreso medio bajo de 1987 al 2007, pasó a ser uno de ingreso medio alto del 2008 a la fecha (Banco Mundial, 2018) y su PIB de 1990 de 151, 492 millones de soles<sup>5</sup> a casi crecer al triple en 25 años. Aunque, como ya se había visto en capítulos anteriores, no necesariamente los países necesitan esperar a tener niveles económicos altos para que sus índices de salud mejoren.

El descenso de la mortalidad materna en Perú responde a una serie de políticas públicas que se implementaron desde la época de Fujimori (principios de los 90) y que en gran medida, a su vez, respondieron a presiones internacionales, pero que además, todas ellas fueron subsidiadas por gobiernos extranjeros, en este caso, Estados Unidos como principal donante, con el fin de llevar a cabo acciones para que descendiera la tasa de natalidad peruana y con ello se acabara con la pobreza; es decir, acabar con los pobres para acabar el problema de la sobrepoblación y la pobreza, como si estos fueran los generadores de lo último. Además la muerte materna era vista como un obstáculo que impedía la modernización del país.

Estas políticas recibieron muchas críticas y presiones por parte de grupos de derechos humanos, ya que en gran medida se llevaron a cabo hasta lo extremo para cumplir las metas. Entre estos casos extremos, se practicó la esterilización forzada. Por esta razón, después de la época de Fujimori, algunas políticas y programas fueron cambiados y dejaron de implementarse, a tal grado de que la legislación peruana no sólo criminaliza el aborto sino que además prohíbe y encarcela a quien venda o regale preservativos a menores de edad sin que sus padres los acompañen. Así mismo, gobiernos posteriores implementaron políticas de salud que fueron consensuadas con partidos políticos y sociedad civil y se hizo esfuerzos por ampliar el número de beneficiarios y por lograr la gratuidad de los servicios de salud. Desde ese entonces, en Perú han existido muchos programas para la salud materna, la gran mayoría fracasaron y fue una constante prueba y error de parte del gobierno para ver qué iba a funcionar. Al final los que funcionaron fueron aquellos focalizados en las zonas indígenas.

Cabe señalar que la política de salud sexual y reproductiva que favoreció la disminución de la mortalidad materna, fue implementada a la par con otras, como por

---

<sup>5</sup> Un sol equivale a 0.3 dólares estadounidenses

ejemplo: el incremento de la educación y la reducción de la pobreza; por lo que en un contexto global tuvo un mayor impacto y, como se pudo ver en la parte teórica de los capítulos anteriores, se desarrollaron las capacidades de las personas para que su situación en general mejorara, esto a través de la capacidad institucional: construcción de clínicas y colocación de personal capacitado donde se necesitaba; pero lo más importante, el enfoque hacia los más pobres y los indígenas a través de la interculturalidad, esto último respetando la cultura de la gente y empoderándolos, sobre todo a las mujeres.

### **3.2 Objetivo**

El objetivo del capítulo es situar la importancia del tema de la mortalidad materna, por qué es importante el estudio de la mortalidad materna, tanto para la sociedad, como para el sistema de salud de un país, primero se muestra un panorama general de la mortalidad materna en el mundo, cuáles son las principales causas, consecuencias y dónde y por qué tiene más incidencia en ciertas regiones que en otras

Entre otro de sus objetivos es mostrar y analizar el panorama de la situación de la mortalidad materna en el mundo, cómo han avanzado los países en algunos de los años de los objetivos del milenio. También trata de analizar los distintos estudios que arrojan la posición de organismos internacionales y sus recomendaciones para que la mortalidad materna disminuya. El capítulo también trata de mostrar algunos ejemplos y datos de otros países sobre cómo redujeron la mortalidad materna.

Esto sirve para introducir el lugar que Perú ocupa en esta problemática a nivel internacional pasando, después a analizar el problema a nivel interno, es decir, por regiones. Esto con el fin de tratar de dar una explicación más profunda de los distintos factores que causaron dichas muertes, analizando para ellos distintos estudios, reportes y artículos sobre el tema. Así mismo, se hace un análisis sobre cómo se ha desarrollado la política de la salud materna, sexual y reproductiva en Perú, la cual ha incidido en que los niveles de mortalidad materna de ese país hayan bajado considerablemente en los últimos años y cómo se dio eso por la suma de esfuerzos de actores y el mantenimiento del tema dentro de la agenda pública y el desarrollo de capacidades de las personas gracias entre otras cosas a una capacidad institucional ampliada y mejorada y a la interculturalidad.

### **3.3 Estructura**

El capítulo está estructurado de la siguiente manera:

En primer lugar, se da un panorama general de la mortalidad materna en el mundo, destacando la importancia del estudio de la misma. Posteriormente se cita el caso del Perú y sus niveles de mortalidad materna a nivel país y por regiones a través de los años, así como las políticas de salud sexual y reproductiva que se dieron en el marco de los ODM, para centrarse específicamente en dos programas: Proyecto 2000 y ParSalud.



### 3.4 La mortalidad materna en el mundo

La mortalidad materna es definida por la OMS de la siguiente manera: *la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales* (OMS, UNICEF, UNFPA y Banco Mundial, 2008: 4). Es decir, esta definición está bien organizada por varios padecimientos catalogados por la misma OMS (2012) dentro de su “Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio”, las cuales por ejemplo, como la definición anterior lo dice, no incluyen suicidio o accidentes. Por lo que es importante mostrar esta guía para ver que no todas las muertes maternas pueden ser contabilizadas y además ver todas las causas médicas posibles en las que una mujer se puede morir, muchas de ellas son muy variadas, pero sirven de pauta para los médicos. Muchas de ellas son médicas, pero también son causadas por variables distintas como por ejemplo pobreza (la anemia y la falta de alimento), hemorragia (relacionada con la distancia a los servicios médicos), la diabetes (con el estilo de vida), etc.

La guía CIE-10 es la siguiente:

- Grupo 1: Embarazos que terminan en aborto (aborto, pérdida de embarazo, embarazo ectópico y otras afecciones que llevan a la muerte materna y a un embarazo que termina en aborto).
- Grupo 2: Trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio (edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio).
- Grupo 3: Hemorragia obstétrica (enfermedades obstétricas o afecciones directamente asociadas con hemorragia).
- Grupo 4: Infección relacionada con el embarazo (enfermedades o afecciones inducidas por infecciones, vinculadas al embarazo).
- Grupo 5: Otras complicaciones obstétricas (todas las demás afecciones obstétricas directas no incluidas en los grupos anteriores).
- Grupo 6: Complicaciones imprevistas del manejo (efectos adversos severos y otras complicaciones no previstas de los cuidados médicos y quirúrgicos brindados durante el embarazo, parto o puerperio)

- Grupo 7: Complicaciones no obstétricas (afecciones no obstétricas: cardiopatías, incluyendo hipertensión pre-existente, afecciones endócrinas, afecciones gastrointestinales, afecciones del sistema nervioso central, afecciones respiratorias, afecciones genitourinarias, trastornos autoinmunes, afección esquelética, trastornos psiquiátricos, neoplasias, infecciones que no derivan directamente del embarazo).
- Grupo 8: Desconocida/indeterminada (muerte materna que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio en la que no se conoce o no se ha determinado la causa básica).
- Grupo 9: Causas coincidentes (muerte durante el embarazo, parto o puerperio debida a causas externas).
- Grupo 10: Muertes relacionadas con el VIH en mujeres durante el embarazo y que no deberían de considerarse como casos de muerte materna (sin embargo la base de datos las está considerando como tales, por eso se decidió dejarlas).

Para Del Carpio (2013) la muerte materna y las complicaciones durante el embarazo, son la principal causa de muerte y de discapacidad entre las mujeres a nivel mundial, representa una mayor pérdida de años de vida que las que ocasiona la tuberculosis o el SIDA, “en el caso de los varones, no existe ninguna causa de muerte que se acerque en magnitud a la mortalidad y morbilidad materna” (Del Carpio, 2013: 461), lo que quiere decir que por el hecho de ser mujer ya estás determinada a morir de algo que en teoría es parte de un proceso biológico natural y esto te mantiene en una desventaja frente a los hombres. La mortalidad materna cumple un importante determinante de la salud, el determinante del género, que aunque no se pueda cambiar, al menos se pueden otorgar capacidades para evitar que por ser mujer tengas más probabilidades de morir o te encuentres en una gran desventaja al querer embarazarte.

La cuestión de las muertes maternas es un problema importante tanto de salud pública, como a nivel social y económico. Para la política de salud, dichas muertes representan “un indicador significativo de la calidad de los servicios de salud y de la equidad en el acceso y prestación de estos” (CONEVAL, 2012: 11); pues una muerte materna que sucedió debido a la mala calidad en la atención de salud, falta de sangre y sus derivados para una transfusión en caso de hemorragia y/o no había un quirófano para atender una cesárea en el centro de salud; entonces al mismo lugar llega un

hombre por una emergencia o accidente donde perdió mucha sangre o necesitan intervenirlos quirúrgicamente por algún otro padecimiento, también morirá ante la falta de transfusión o cirugía pues no se cuenta con los suministros y equipo: “todo lo que se requiere para salvar la vida de una mujer embarazada (sangre, transporte, medicamentos básicos, cirugía) se requiere en otras cosas también, entonces resuelve muchos problemas de funcionamiento del sector, cumpliendo con el objetivo de reducir la muerte materna”(Yamin, 2003: 154). Es así como aunque la muerte materna parecería ser un problema enteramente femenino, también debería de importar al género masculino.

La muerte materna revela una “falta de acciones para atender la situación de atraso, marginación y rezago en la que vive un sector de las mujeres por parte de las personas que viven con ellas, del personal de salud y autoridades gubernamentales” (Lucio, 2011: 2). Este tipo de muertes son “indicadores fidedignos del grado de desarrollo económico y social de los países, así como de las condiciones de equidad o inequidad entre los géneros” (Karam *et al*, 2007: 206). He aquí la importancia de la muerte materna, que refleja principalmente las fallas en los sistemas de salud de los países.

Se podría decir que la muerte materna es característica de la pobreza porque se presenta, mayormente, pero no de manera exclusiva, en mujeres que tienen perfiles económicos desventajosos. Luque y Bauernfeind (2007), acentúan que la muerte materna va más allá de la tragedia personal y que tiene repercusiones para la familia, la comunidad y la economía local: “la mujer en los hogares de bajos ingresos desempeña no solamente un papel reproductivo, sino también productivo, participa en el trabajo agrícola, en la obtención de ingresos adicionales y provee a la comunidad de servicios básicos”. (Luque y Bauernfeind, 2007: 3). Pero independientemente de su contribución al mercado, a la economía del lugar o del hogar (el que pocas o nulas veces es reconocido como importante, ya que no aportan en dinero sino es especie), las mujeres se mueren por un proceso natural propio de su biología, por causas que en su mayoría, si no es que todas, son evitables.

La muerte materna en teoría no debería de pasar, cuando se han identificado las formas y existe la tecnología para evitarlo. De manera abrupta se pierden activos humanos que están en el punto más alto de la contribución que pueden hacer tanto a sus hogares como a la comunidad, es decir en una edad joven (la edad reproductiva, que va de aproximadamente desde los 10 a los 50 años). Cuando las mujeres se

mueren también se deprecia el capital humano de ese país, si se pone en términos estrictamente económicos por todo lo que ese individuo dejará de contribuir en el futuro, como lo comenta Deaton (2013).

En cuanto a las consecuencias económicas, estas se centran más en la familia. Para Elu y Herrera (citados por Romero *et al* 2010), identifican tres problemas socio-económicos de la mortalidad materna. El primero es el daño económico porque la mujer deja de contribuir al funcionamiento y supervivencia de la familia; el segundo es el cambio de residencia y separación de los hijos que quedan huérfanos, debilitándose los vínculos y el afecto entre ellos y el tercero cuando el padre rehace una familia, los hijos anteriores tienen desventaja sobre los nuevos (Romero *et al* 2010: 48).

La muerte materna “afecta a toda una familia, con severas consecuencias futuras, de manera particular a los niños, que se quedan sin su madre, lo cual se traduce en un incremento de morbilidad infantil, deserción escolar, incremento de violencia, etc.” (Karam *et al*, 2007: 210), así como en la “desintegración de la familia, la hija mayor asume las tareas maternas, truncando así su propio proyecto de vida, lo cual impacta sobre la deserción escolar; asimismo, las hijas adolescentes quedan expuestas al acoso sexual y al incesto” (Almeyda y Terán, 2009: 115). Sin embargo, ningún investigador toma en cuenta a las familias monoparentales, es decir, formada solamente por la madre, en el mayor de los casos, las solteras, donde las consecuencias pueden ser que los hijos se queden con sus abuelos, con sus familiares cercanos o con nadie. Esas son los principales problemas sociales que acarrea la pérdida de una mujer.

Suponiendo que aunque las mujeres no mueran, una mala atención hace que “muchas de las madres, así como los recién nacidos, queden con secuelas de complicaciones del parto, que determinan discapacidad, disminución de su potencial de desarrollo y la reducción de años de vida futura” (García, 2014: 11).

Además, la muerte materna puede presentarse en cualquier estrato social y para cualquier grupo es una tragedia, sin embargo, “al presentarse en los grupos de mayor marginación, puede contribuir a perpetuar el ciclo de desigualdad en los hijos sobrevivientes, quienes en su entorno pueden verse más vulnerables socialmente” (Hernández y Palacio, 2012: 162).

En el caso de las muertes maternas, Karolinski *et al* (2015), sostienen que: “en cada muerte materna coinciden el efecto de los determinantes sociales de la salud (como la pobreza y el género) así como la vulneración de derechos sexuales y

reproductivos” (Karolinski et al, 2015: 351), la falta de esta vinculación de derechos y la mortalidad materna es una falla en la reducción efectiva del problema y una de las grandes injusticias sociales de este tiempo (Del Carpio, 2013: 461). Este problema más allá de las consecuencias sociales o económicas, es un problema fundamental de derechos sociales y libertad individual restringida, así como de “derechos humanos, desarrollo social, equidad de género y justicia social” (CONEVAL, 2012: 22). Es un problema, parafraseando a Nussbaum (2000) de la falta de derechos de las mujeres. En específico es una falta de un derecho humano fundamental:

“La mortalidad materna prevenible es una violación a los derechos humanos a la vida, a la integridad personal, a la salud –incluida la salud reproductiva–, a la autonomía reproductiva, a la vida privada, a la igualdad y no discriminación, a decidir sobre el número y espaciamiento de los hijos/as, a no ser sometida a torturas, tratos crueles, inhumanos y degradantes; a la educación, a la información y al goce de los beneficios del progreso científico y tecnológico”. (GIRE, 2013: 98).

Cuando una mujer muere por negligencia médica (es decir por falta de atención), su muerte no queda resarcida ni compensada para los familiares: “aunado a las acciones de los Estados para evitar la muerte materna en el sector salud, es indispensable que se promueva el acceso a la justicia tanto en casos de muerte materna como de complicaciones severas e incapacitantes” (GIRE, 2013: 99)

En el estudio del CONEVAL (2012), se destaca que todas estas muertes pueden ser evitables con atención prenatal, especializada durante el parto y apoyo posterior e indica que “las muertes maternas pueden prevenirse, ya que la mayoría de las complicaciones se pueden resolver con el desarrollo tecnológico existente, siempre que se brinden servicios de atención de calidad y se atiendan oportunamente” (CONEVAL, 2012: 22). Uribe, Ruiz y Morales (2009) calculan que “el 15-20% de los embarazos se complicarán en algún momento y la mayoría de las complicaciones no pueden ser previstas o prevenidas, pero sí pueden ser tratadas y se requiere garantizarles el acceso a servicios oportunos y de calidad de la atención de las emergencias obstétricas, lo cual no necesita de gran tecnología para lograrlo” (Uribe et al, 2009: 64).

Para Hernández y Palacio, (2012) “la muerte materna es una gran injusticia social; ahora se sabe que si bien es muy difícil predecir partos complicados, éstos se pueden tratar en su gran mayoría” (Hernández y Palacio, 2012: 161). Los síntomas y

signos de cuando un embarazo está en peligro, son visibles o detectables y se pueden aplicar algunos tratamientos para salvar la vida, como fármacos (en muchos de los casos oxitocina o sulfato de magnesio para la prevención de hemorragias o preclamsia) y además de que se pueden evitar complicaciones con el monitoreo y las consultas periódicas. Para el caso de las hemorragias se requiere que haya un banco de sangre disponible o cerca. A eso es a lo que se refiere con “no necesitar grandes avances tecnológicos para salvar la vida de las mujeres”, sin embargo para el caso de una cesárea, una histerectomía, un legrado, etc., se necesitan las maquinarias y equipo específico o el uso de quirófanos.

La hemorragia obstétrica es el padecimiento que causa más decesos, seguida de los trastornos hipertensivos. Pero por desgracia, este problema no es solamente exclusivo de las mujeres indígenas o rurales, aunque se acentúa en las mujeres con estas características; la falta de libertad de capacidad de decisión para atenderse se da en todos los contextos y todas las clases sociales.

En cuanto a la hemorragia, se debe a la falta de bancos de sangre, la lejanía de hospitales o la ausencia de estos o a la falta de recursos de la familia para costear el tratamiento. Cabe señalar que muchas de las mujeres indígenas que fallecen por alguna causa lo hacen dentro de su hogar. Es bien sabido que el componente étnico y la pobreza contribuyen a tener más probabilidades de muerte materna y muchas veces la pobreza es un factor determinante para decidir no atenderse y dejar a sus hijos o sus obligaciones, como se mencionó anteriormente citando a Yamin (2003).

El problema de las muertes maternas, como lo plantean Almeyda y Terán (2009), también está inmerso y rodeado de una forma de violencia hacia la mujer.

GIRE (2013) afirma que la solución al problema es sólo “voluntad política”. Es bien cierto que el problema se tiene que institucionalizar para darle una solución al subirlo a la agenda pública, ese sin duda es el primer paso de la “voluntad política”, el conferirle importancia al tema. En Perú por ejemplo, el problema apareció en la agenda pública durante muchos años y fue por eso que desde la sociedad civil hasta el gobierno, hicieron grandes esfuerzos por solucionarlo. Si el problema no hubiera estado en la agenda pública, hubiera pasado desapercibido. La mortalidad materna es un problema complejo cuya solución tiene que involucrar a muchos actores (no sólo el personal de salud en los hospitales o clínicas, sino a la sociedad completa) y además debe ser vista desde el mayor de los ángulos posibles: la maternidad no es un acto que sólo aparezca al momento de entrar a un hospital, es un estado de la vida de la mujer

que toma un año de su vida (desde los 9 meses de gestación hasta los 40 días del puerperio) y que por lo tanto involucra su vida completa: su trabajo (si es que lo tiene o lo pierde o lo mantiene en pausa), sus relaciones con su familia, comunidad y entorno, si no tiene los medios para subsistir, si no come o no tiene agua etc. Si se remitiera la solución a la voluntad política, existen ya distintas políticas públicas y acciones, pero tal vez la falla de las mismas se encuentre en la implementación, el seguimiento y la evaluación, y más que voluntad política sea el funcionamiento del sistema en el cual no sólo es el gobierno el que debe tener la voluntad para atacar y disminuir el problema, sino la sociedad y demás actores (organismos de la sociedad civil, universidades, iniciativa privada, etc.). En el caso del Perú, se tenía una muy buena política enfocada a los grupos vulnerables, pero la misma no funcionó igual en todos esos grupos, aunque fue un esfuerzo de toda la sociedad consensuar el tema y darle la importancia que se merecía.

En Perú la política de salud materna tuvo éxito primero por la institucionalización de la misma a través de la colocación de este tema en la agenda pública y el mantenimiento del tema por años, además del interés y la voluntad política de actores más allá del gobierno, como el involucramiento activo de la sociedad civil.

El tema de las muertes maternas apareció en la agenda internacional desde 1987 en la Conferencia Internacional sobre Maternidad Sin Riesgo. Para el año 2000, la Organización de Naciones Unidas planteó como uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para cumplirse en 2015 “mejorar la salud materna”, la cual consistía en “reducir la RMM<sup>6</sup> materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015 y lograr la cobertura universal de la asistencia especializada al parto para 2015” (OMS, 2015). La RMM de acuerdo a la definición dada por el Observatorio de Mortalidad Materna (2015), es una tasa que expresa “el número de defunciones maternas que ocurren en un año o periodo, respecto de los nacidos vivos durante el mismo año o periodo”, así haya sido un embarazo o varios en edad fecunda. Normalmente esta comparación se da sobre 100,000 nacidos vivos. Por ejemplo se podría argumentar falsamente, que en países con bajos índices de mortalidad materna como lo es el caso de Finlandia o Chile, “no están naciendo bebés”, sin embargo en retrospectiva, era uno de los países que a principios de siglo tenían mortalidades altas hasta que sus gobiernos pusieron una serie de políticas que los ayudaron a bajar los índices. Realmente estos índices se

---

<sup>6</sup> RMM: Razón de Mortalidad Materna

hacen basados en el número de nacimientos. Hasta que se junte ese número de nacimientos se elabora el índice que comúnmente se usa para medir la política pública tanto en el país, como la que usan los organismos internacionales para monitorear la mortalidad materna en el mundo, por lo cual se toma esta medición oficial. En la propuesta metodológica de Freyermuth y Luna (2014) se utilizó la Tasa de Mortalidad Materna que se construye enfatizando que las muertes maternas ocurren solo en la población femenina y que pueden ser comparables con otras muertes que también se dan en mujeres como el cáncer de mama o el cervicouterino (Freyermuth y Luna, 2014: 49), es una medición basada puramente en la mortalidad de las mujeres y no en los nacimientos de los bebés.

Para lograr esta meta de reducir las muertes en un 75%, la UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas), propuso como estrategia lo siguiente (Eslava, 2010: 193):

- 1) Tener acceso a medidas de anticoncepción y embarazos no deseados
- 2) Tener acceso al cuidado de personal entrenado al momento del parto
- 3) Que al paciente con complicaciones tenga acceso oportuno al cuidado obstétrico de emergencia.

Todas estas tres recomendaciones son capacidades que se enlistaron en el capítulo anterior y se operacionalizaron, pero la solución a la mortalidad materna no terminaría si los países solo se enfocan en ellas y no abarcan más capacidades que son importantes.

Para la OMS, este es un problema grave porque “la mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto. En el 2013 murieron 289,000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podría haberse evitado” (OMS, 2014). El problema radica precisamente en que las muertes se pueden evitar y que a pesar de los intentos que los países han hecho, no se ha alcanzado la meta, pues “solo ha disminuido en un 2.6% al año, cifra que está lejos de la reducción del 5.5%” (OMS, 2014). Tal vez mueren más mujeres de otros padecimientos como cáncer o incluso de otras causas como violencia doméstica, sin



embargo el problema de la mortalidad materna es importante por las consecuencias sociales que trae consigo.

Tal vez la cifra de 800 mujeres a nivel mundial puede no ser representativa y pueden morir más mujeres por otras causas, como cáncer de mama o violencia de género, pero la muerte materna es importante porque distinto a otras causas de deceso en mujeres, la OMS (2014) observa este hecho como un problema de inequidades, ya que las muertes maternas se centran en países pobres y en regiones rurales, pero valga decir que no son exclusivas de ellas “la razón de la mortalidad materna en los países en desarrollo es de 230 por 100,000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 16 por 100,000” (OMS, 2014) . Se discute también que los países con más índices de muertes maternas son los pobres, cuyas mujeres tienen más embarazos, y que incluso en un mismo país las muertes maternas se concentran en las personas con más bajos ingresos, de algún grupo étnico marginado y que viven en zonas rurales (OMS, 2014). Muchos de los partos que se llevan a cabo en zonas pobres y remotas “tienen menos probabilidades de recibir una atención sanitaria adecuada” (OMS, 2014). Así mismo se destaca que existen otros factores que impiden que las mujeres reciban atención durante el embarazo y parto como son: “la pobreza, la distancia, la falta de información, la inexistencia de servicios adecuados y las prácticas culturales” (OMS, 2014). Es un problema que refleja el atraso de los países no sólo en cuestiones de pobreza, sino de acceso a servicios de salud y de otras cosas que están relacionadas, como lo podría ser la educación, derechos de las mujeres, igualdad de género, acceso a anticonceptivos, capacidad de elección, etc. Todas estas variables son las capacidades enlistadas y operacionalizadas al inicio de la investigación, por lo que si las mujeres no las tienen es un problema de la política pública que no ha actuado para brindárselas y tratar de mitigar el problema. También el problema siempre se quiere analizar desde un sólo ángulo (generalmente el médico), cuando se ha visto que es un problema multicausal y multifactorial. Brindándole educación a las niñas las hace que posterguen su embarazo y si llegan a tener uno cuando jóvenes, habrán adquirido las habilidades y costumbres brindadas en la escuela, lo cual hará que estén un poco más preparadas, para que, por ejemplo eviten contraer alguna enfermedad por los hábitos de higiene aprendidos en la escuela.

De igual manera, la OMS define que entre las principales causas de la mortalidad materna, es decir del 80% de las muertes, se relacionan con lo siguiente:

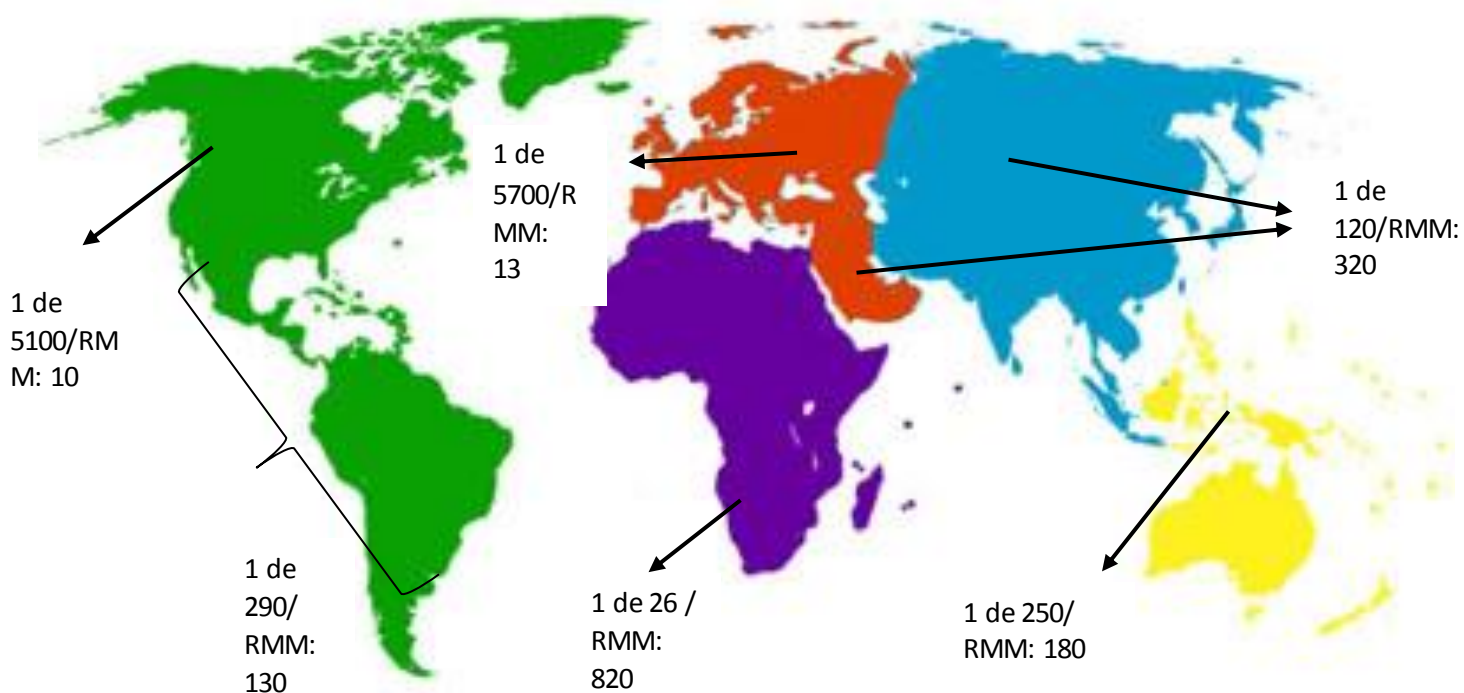
- Las hemorragias (en su mayoría tras el parto)
- Las infecciones (generalmente tras el parto)
- La hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia)
- Y los abortos peligrosos (OMS, 2014).

En las Estadísticas Mundiales de la Salud de la OMS (2013) se destaca que todavía falta mucho para lograr los ODM y bajar la tasa de mortalidad materna: “Aunque ha habido una notable reducción del número de muertes maternas (desde las 543,000 registradas en 1990 hasta aproximadamente 287,000 en 2010, con una tasa mundial de descenso de la razón de mortalidad materna del 3,1% anual durante ese periodo), ahora dicha tasa tendría que duplicarse para poder cumplir la meta de los ODM de reducir la razón de mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015”(OMS, 2013: 14).

A continuación, se presentan distintas cifras y análisis donde se muestra a nivel mundial el panorama de la mortalidad materna. Se decidió presentar distintos estudios hechos por organismos internacionales. En el primer mapa se presenta la mortalidad materna durante el 2005 y en el segundo, la mortalidad materna en el 2015. Básicamente, aunque las tasas de mortalidad materna han disminuido, se sigue observando que mientras que en el hemisferio norte donde se ubican los países desarrollados hay menor mortalidad, en el sur con los países africanos sigue habiendo mortalidad alta.

El panorama mundial de las muertes maternas de mujeres mayores de 15 años, está distribuido de la siguiente manera, como se puede observar en el mapa a continuación, según OMS, UNICEF, UNFPA y Banco Mundial (2008).

**Mapa 1: Riesgo de defunción materna por continentes y Razón de Mortalidad Materna por continentes, 2005.**



Fuente: Elaboración propia con datos de OMS, UNICEF, UNFPA y Banco Mundial, (2008: 44)

En él se puede observar los contrastes, mientras que África muere 1 por cada 26 mujeres, en Oceanía 1 de cada 62, en Asia 1 de cada 120 y en Países desarrollados 1 de 7,300. Ese estudio hecho por los organismos internacionales anteriormente citados, se realizó en 171 países donde Nigeria ocupó el primer lugar con riesgo de 1 de 7 de morir, mientras que en Irlanda el riesgo es de 1 en 48,000 mujeres. También se señala que de 1990 al 2005 la mortalidad materna se redujo a 1% anual cuando en realidad se necesitaba disminuirla al 5.5% para alcanzar la meta del ODM. Es así como el 86% de las muertes maternas se concentran en África Subsahariana y Asia meridional (OMS, UNICEF, UNFPA y Banco Mundial, 2008: 17).

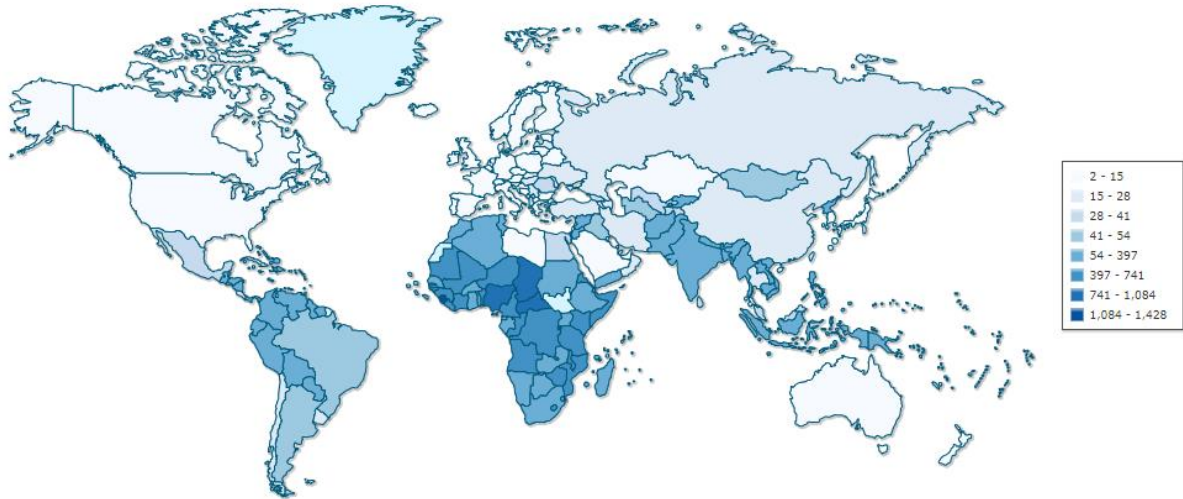
En cifras de la OMS (2013) sobre la razón de la mortalidad materna de 1990 a 2010, se mostraba los países por bloque continental de mayor a menor índice de mortalidad materna según la TAMD (Tasa Anual Media de Disminución). Por citar algunos ejemplos que contribuyen a reforzar los datos anteriormente mostrados por continente, específicamente, en África el país con mayor razón de muertes maternas en el 2010 lo tuvo Guinea Ecuatorial, mientras que el Congo estuvo en último lugar. En

Europa el primer país fue Estonia, mientras que Luxemburgo estuvo en el último puesto. En América el primer lugar lo ocupó Perú, mientras que el último lo tuvo Canadá. Es interesante mencionar el caso de Perú porque en el 2010 todavía tenían cifras muy altas y las lograron bajar hasta alcanzar la meta marcada en los ODM.

El histórico de cifras desde 1990 hasta el 2015 (año en que se supone que cerraron los ODM) se encuentra en Banco Mundial (2017) que estimó una Tasa de Mortalidad Materna por cada 100,000 nacidos vivos para mujeres que no habían muerto de VIH, de edades de entre los 15 a 49 años, basados en fertilidad, partos esperados y PIB. En ellas se comparan los años 1990 y 2015 y se mide el aumento o disminución de dicha tasa. Las tasas más bajas, con 3 muertes maternas para el 2015, las tuvieron varios países europeos: Grecia, Finlandia, Islandia y Polonia, quienes en 1990 tenían unas tasas de 5, 6, 7 y 17 muertes respectivamente. El país con la tasa más alta del mundo es Sierra Leona con 1,360 para el año 2015, pero durante 1990 tenía una tasa de 2,630. México se encuentra en el lugar número 80 en orden descendente de los 186 países que conforman la tabla, antes de Uzbekistán y después de Cuba (países de nuevo, con menor grado de desarrollo económico que Perú pero más eficientes en la lucha contra la mortalidad materna tal vez por el sistema de salud que tienen, heredado del socialismo y por lo tanto enfocado a las coberturas universales). Perú se encontró en el lugar 102, después de Siria y antes de Maldiva, con 68 muertes maternas (Banco Mundial, 2017).

El siguiente mapa resume lo anterior con datos de 2015:

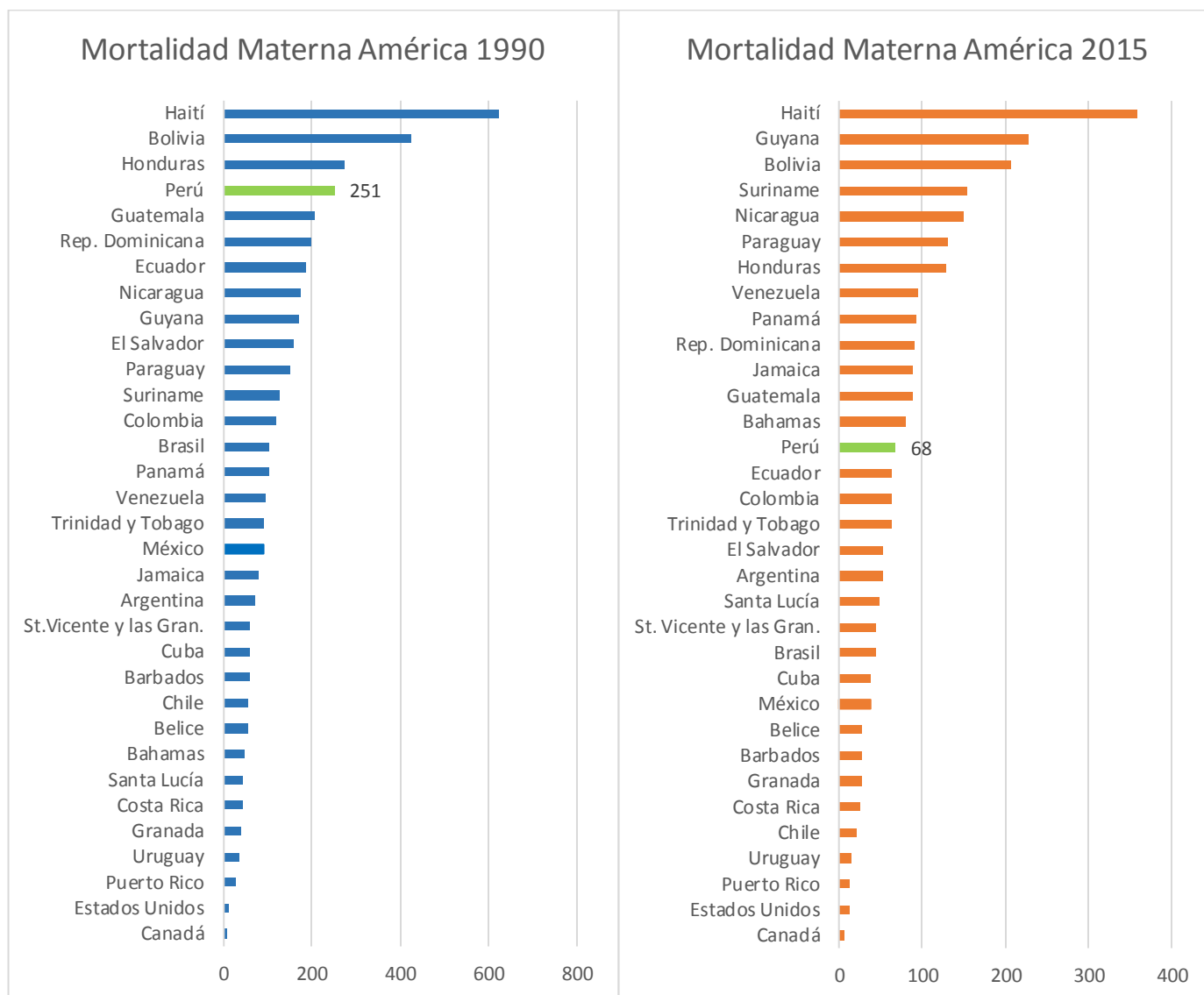
**Mapa 2: Riesgo de defunción materna por continentes y Razón de Mortalidad Materna por continentes, 2015.**



Fuente: Index mundi (2018)

Sobre esta discusión se presentan a continuación las gráficas comparando los años 1990 con el 2015 (los de los ODM), según los datos del Banco Mundial. Cabe señalar que las gráficas del Continente Americano se muestran por separado, con el fin de apreciar mejor el avance de Perú, las demás gráficas por continente se muestran dentro de la misma tabla:

**Gráfica 1 y 2: Comparación de la mortalidad materna en el continente americano 1990 y 2015.**

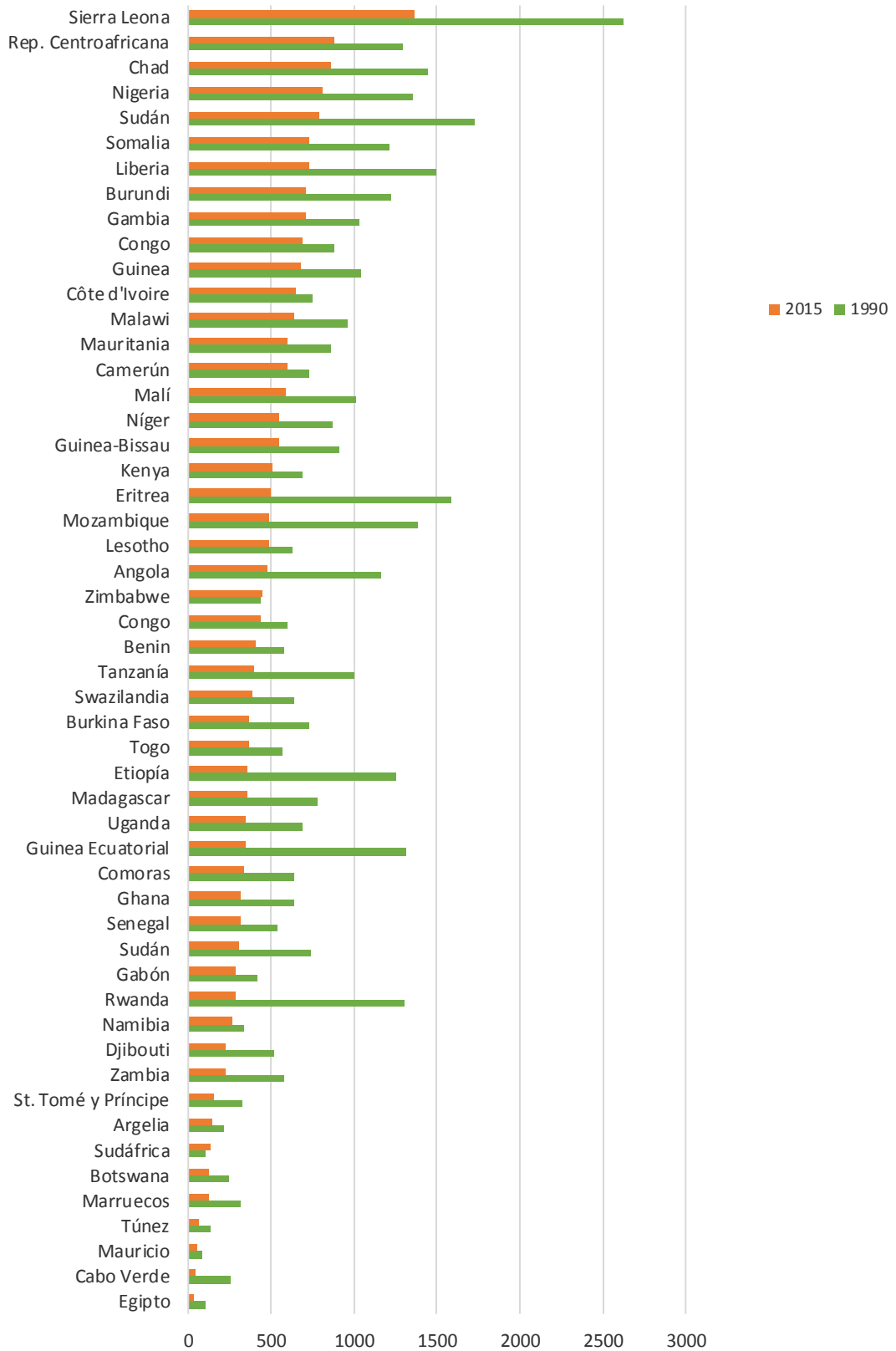


Fuente: Gráficas de elaboración propia con datos del Banco Mundial (2017).

En 1990 Perú tenía una de las mortalidades maternas más altas del continente Americano, sólo superada por Honduras, Bolivia y Haití; pero para el 2015 gracias a los esfuerzos de la política pública, solamente 13 países superan a Perú. Cabe señalar que Bahamas que es catalogado como un país de ingresos altos (de acuerdo al Banco Mundial), tuvo una mortalidad materna mayor que Perú, de 80. Belice y Cuba, países con menos ingresos que México tienen menos mortalidad (Belice 28), y Cuba casi igual (39). Aunque a Belice, Cuba, México y Perú el Banco Mundial los cataloga a todos como países de ingreso mediano alto.

**Gráfica 3: Comparación de la mortalidad materna en el continente africano 1990 y 2015.**

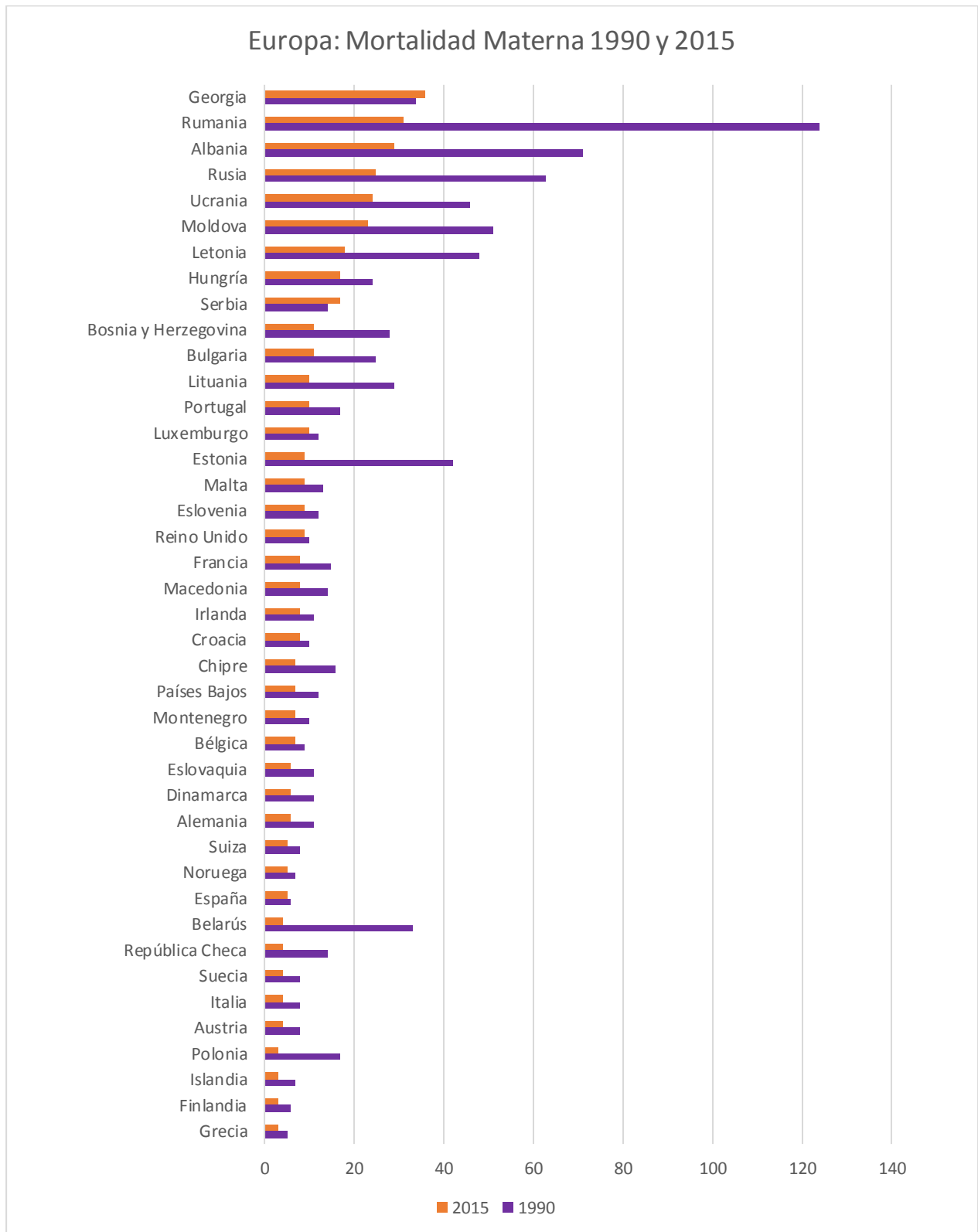
## África: Mortalidad Materna 1990 y 2015





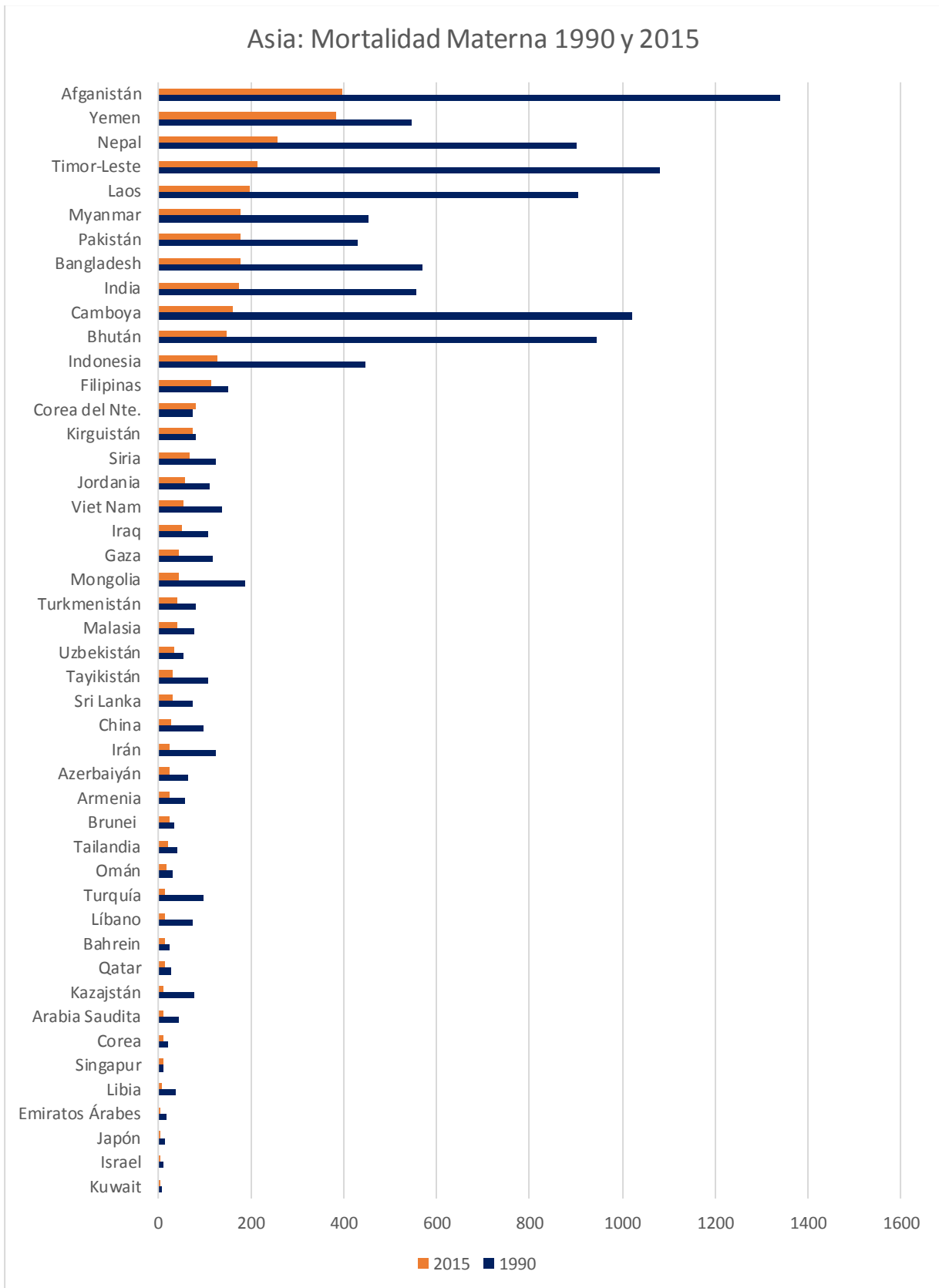
Fuente: Gráficas de elaboración propia con datos del Banco Mundial 2017.

**Gráfica 4: Comparación de la mortalidad materna del continente europeo 1990 y 2015.**



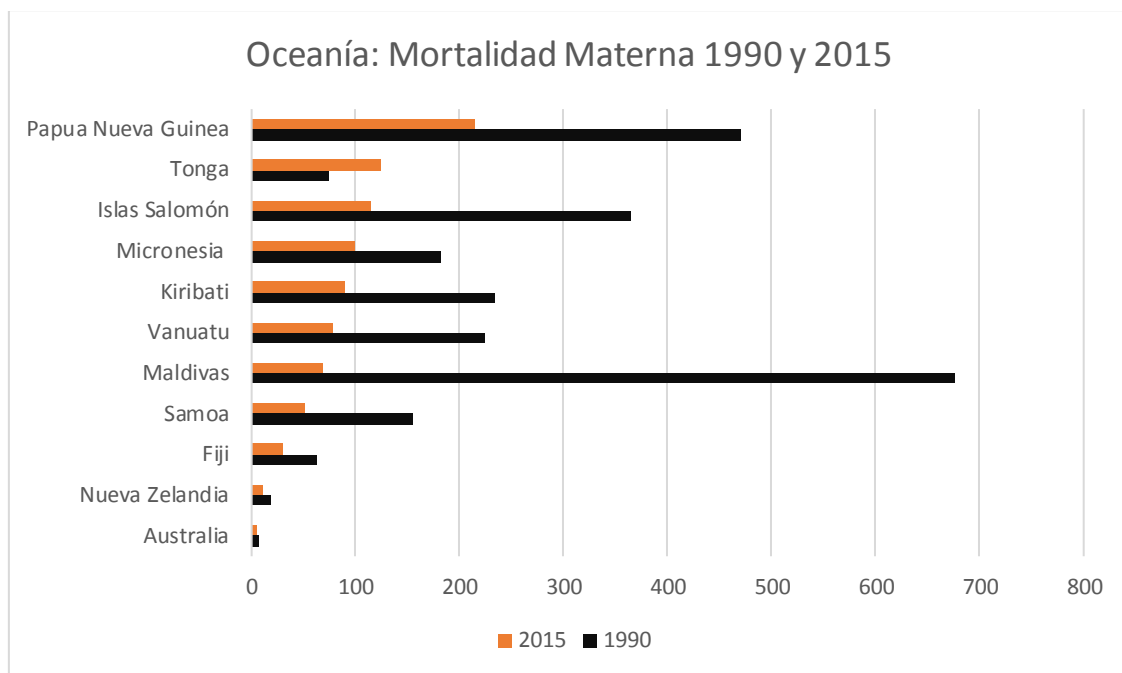
Fuente: Gráficas de elaboración propia con datos del Banco Mundial 2017.

**Gráfica 5: Comparación de la mortalidad materna del continente asiático 1990 y 2015.**



Fuente: Gráficas de elaboración propia con datos del Banco Mundial 2017.

**Gráfica 6: Comparación de la mortalidad materna del continente oceánico 1990 y 2015.**



Fuente: Gráficas de elaboración propia con datos del Banco Mundial 2017.

En cierto sentido, la muerte materna ocurre con mayor frecuencia en lugares o países pobres y rurales, pero hay que señalar que no es exclusiva de estos sitios, si así fuera con el simple hecho de elevar los índices de la calidad de vida se acabaría el problema y es esto la discusión central de esta tesis, que no sólo se piense que los países ricos pueden tener mejores índices de salud, sino que los pobres o de ingresos medios pueden tenerlos si se logran concebir políticas públicas bien enfocadas. Según el Banco Mundial (2015), Estados Unidos es un ejemplo de país con una alta calidad de vida, pero con un radio de mortalidad materna similar a países como Brunei, Sri Lanka y Armenia, cuando de acuerdo a su nivel económico, debería tener tasas similares a Noruega, Finlandia y Suecia, incluso en Estados Unidos existe todavía un “inmenso subregistro de muertes maternas” (Yamin, 2003: 55). Es así como se puede mostrar que existe una relación entre la pobreza del país y la muerte materna, sin embargo por los ejemplos citados, no es exclusiva ni debida a la pobreza, ya que tiene más incidencia, volviendo a retomar los argumentos de Sen (1999), desarrollados a profundidad en el capítulo 2, las políticas públicas que se impongan para que las mujeres desarrollen capacidades y que así mismo, una mala política puede causar estragos en la población. El ejemplo es que “Kazajstán y Sri Lanka, clasificados como subdesarrollados, han establecido políticas y acciones de salud para detener la

complicaciones maternas, y por eso hoy día cuentan con bajos índices de mortalidad” (Guerra *et al*, 2014: 219).

Es pertinente señalar dos casos con mejores RMM en América Latina que Perú. El primero de ellos es el de Costa Rica y el segundo de Chile. En el primer caso, Sulbrandt y Lefio (2010) señalan que “Costa Rica es un país en desarrollo de ingresos medios de la región de América Latina y el Caribe (ALC) [...] con un IDH de 0.834 (2005)” (Sulbrandt y Lefio, 2010: 164). Para Malajovich *et al* (2012) “Costa Rica no tuvo un solo programa que se enfocara a la mortalidad materna, pero sí planes y guías establecidas por comités gubernamentales que aseguraron el cuidado de la salud materna, incluyendo acceso al cuidado de la salud reproductiva, personal capacitado y cuidado de la emergencia obstétrica durante y después del parto (Malajovich *et al*, 2012: 188). Estas recomendaciones hechas UNFPA (Eslava, 2010: 193), citadas anteriormente al inicio del capítulo, fueron las que propiciaron el éxito en la reducción: 1) tener acceso a medidas de anticoncepción y embarazos no deseados, 2) Tener acceso al cuidado de personal entrenado al momento del parto y 3) Que al paciente con complicaciones tenga acceso oportuno al cuidado obstétrico de emergencia. Pero como se discutió anteriormente, fijarse sólo en eso es tratar de solucionar sólo una parte del problema. Costa Rica realizó más acciones que se describen a continuación.

No obstante, Sulbrandt y Lefio (2010) atribuyen la disminución de la mortalidad en Costa Rica a varias causas, entre los que destacan la política de salud, la ampliación de la cobertura hacia la población rural, la ampliación de la educación (tanto formal e informal, sobre todo dirigida a las mujeres), los avances tecnológicos y el saneamiento, así como el desarrollo de programas, partos institucionales, control prenatal y mayor acceso a la anticoncepción, incluso la importancia de tener el gobierno democrático que estos países han tenido (Sulbrandt y Lefio, 2010: 165-184). La mayoría de ellas son las capacidades que varios autores discuten en el capítulo 2 y que aparecen en la Tabla 2 y que inciden para evitar la mortalidad materna.

En un estudio realizado por Kuruvilla *et al* (2014), encontraron que los factores exitosos para reducir la mortalidad materna en varios países fueron la buena gobernanza y la participación política y socioeconómica de la mujer, donde los países que han tenido más éxito tienen más mujeres en el parlamento y leyes para la igualdad de género, incluyendo aumentos de salario para las mujeres donde ellas pueden invertir el dinero en su propia salud (Kuruvilla *et al*, 2014: 537). Para Kuruvilla *et al* (2014), “asegurarse de que el valor por el dinero es una figura clave para habilitar la

gobernanza, como muchos países de progreso rápido mejoraron los resultados de la salud a pesar de los relativos bajos niveles de inversión, resultando en parte de bajo PIB per cápita y significando problemas económicos y políticos. Los factores de éxito en la revisión de literatura encontraron que la gobernanza descentralizada es un factor de habilitación para acelerar el progreso” (Kuruvilla *et al*, 2014: 536), no sólo en el PIB. Para Gil *et al* (2006) “las variables políticas como la democracia, han mostrado tener una importante influencia, en la salud y en sus indicadores como el radio de mortalidad materna” (Gil *et al*, 2006: 906), pero no es lo único. La respuesta a la gobernanza para la disminución de la mortalidad materna coincide con Deaton 2013 y Nussbaum 2000 y Sen 1999, citados en el capítulo 2.

Pero si bien es cierto que la democracia es importante, como ya se vio en el capítulo anterior, tampoco es garantía de que esta influya en la vida de las mujeres. En India, la democracia más grande del mundo, las mujeres siguen siendo ciudadanas de segunda clase (Nussbaum, 2000:4) y ocupa el lugar 130 mundial con 174 muertes. El caso de Chile también podría ilustrar este punto, ya que durante muchos años careció de un gobierno democrático, pero tuvo políticas públicas aplicadas a la disminución de la mortalidad materna las que hicieron que mejoraron la situación. Según González (2014) “A comienzos del Siglo XX...Chile presentaba una de las peores condiciones del mundo para la maternidad y el nacimiento” (González, 2014: 874), pero por ejemplo, durante la dictadura se tenían políticas pro aborto, que al entrar a la democracia desaparecieron. No obstante, Chile hizo esfuerzos desde hace muchos años para disminuir su mortalidad materna, fue el caso de que aunque no hubiera gobernanza y democracia tenían políticas públicas de salud enfocadas al cuidado materno. En la actualidad es uno de los países de Latinoamérica con menor RMM. Aunque es catalogado por el Banco Mundial como un país con ingresos altos, González (2014) atribuye la disminución a consensos políticos realizados en el país, por médicos y por la misma sociedad (en resumen gobernanza que vino después de la dictadura), al aumento de la atención profesional del embarazo, parto y puerperio, a la creación de escuelas universitarias de matronas, al aumento de uso de anticonceptivos, al incremento de la cobertura e infraestructura de salud en lugares alejados, a una mejoría en la educación y economía, así como a la participación social (González, 2014: 876).

Aunque los países pueden aparecer en diferente posición de acuerdo al organismo que realice el ranking y al año que se midió, así como a diferentes estadísticas reportadas por los países, cabe señalar que de todas formas este ODM no

se ha cumplido a nivel mundial en su totalidad, en específico en la meta que se había propuesto. Además de esto, cabe señalar un importante problema en la medición: algunos organismos señalan que existe una “falta de datos fiables de mortalidad materna, especialmente en países en desarrollo donde las tasas de mortalidad materna son altas” (OMS, UNICEF, UNFPA y Banco Mundial, 2008: 3).

En muchos países es difícil contabilizar las muertes maternas debido a lo siguiente: “En primer lugar, es complicado identificar con exactitud las defunciones maternas, especialmente en contextos donde la inscripción de defunciones en los sistemas de registro civil no es sistemática y la defunción de una mujer en edad fecunda pudiera quedar sin registrar. En segundo lugar, incluso si llegara a inscribirse la defunción en el registro, puede que se desconociera el estado de gestación de la mujer, con lo que la muerte no se notificaría como defunción materna aunque la mujer hubiera estado embarazada. En tercer lugar, es difícil calificar con precisión como defunción materna la muerte de una mujer en la mayoría de contextos de los países en desarrollo donde no existe la certificación médica de la causa de defunción” (OMS, UNICEF, UNFPA y Banco Mundial, 2008: 5).

Por este motivo existen diferentes estimaciones de acuerdo a cada país, donde los registros oficiales no aportan toda la información y los investigadores tienen que obtener la información de otras maneras, como por ejemplo con entrevistas y autopsias verbales con los familiares de las fallecidas (entre otros métodos), ya que en muchos lugares las mujeres dan a luz en casa o con parteras, fuera de un hospital o clínica los cuales son instituciones que contribuyen a llevar las estadísticas para el Estado. Dichos métodos tienen ciertas limitaciones y carencias, como por ejemplo, que al aplicar encuestas domiciliarias para averiguar si las mujeres han muerto durante el embarazo, parto o puerperio, sólo toma muestras representativas de la población, las cuales pueden tener márgenes de error. Así mismo, hacer una encuesta a cada mujer que murió es sumamente caro para muchos países (sobre todo aquellos en vías de desarrollo). Estos métodos y sus fallas no se analizarán en este apartado, pero se mencionan porque de ahí provienen las diferencias de información que existen entre un país y otro e incluso dentro de un mismo país. Por ejemplo, en el caso de México existen diferencias de información entre una región y otra por los mismos motivos de subregistro. Según Hernández y Palacio (2012), “en 2002 la Dirección General de Información en Salud (DGIS) inició un proceso para la búsqueda intencionada de muertes maternas, mediante la aplicación de una modificación al Método Ramos

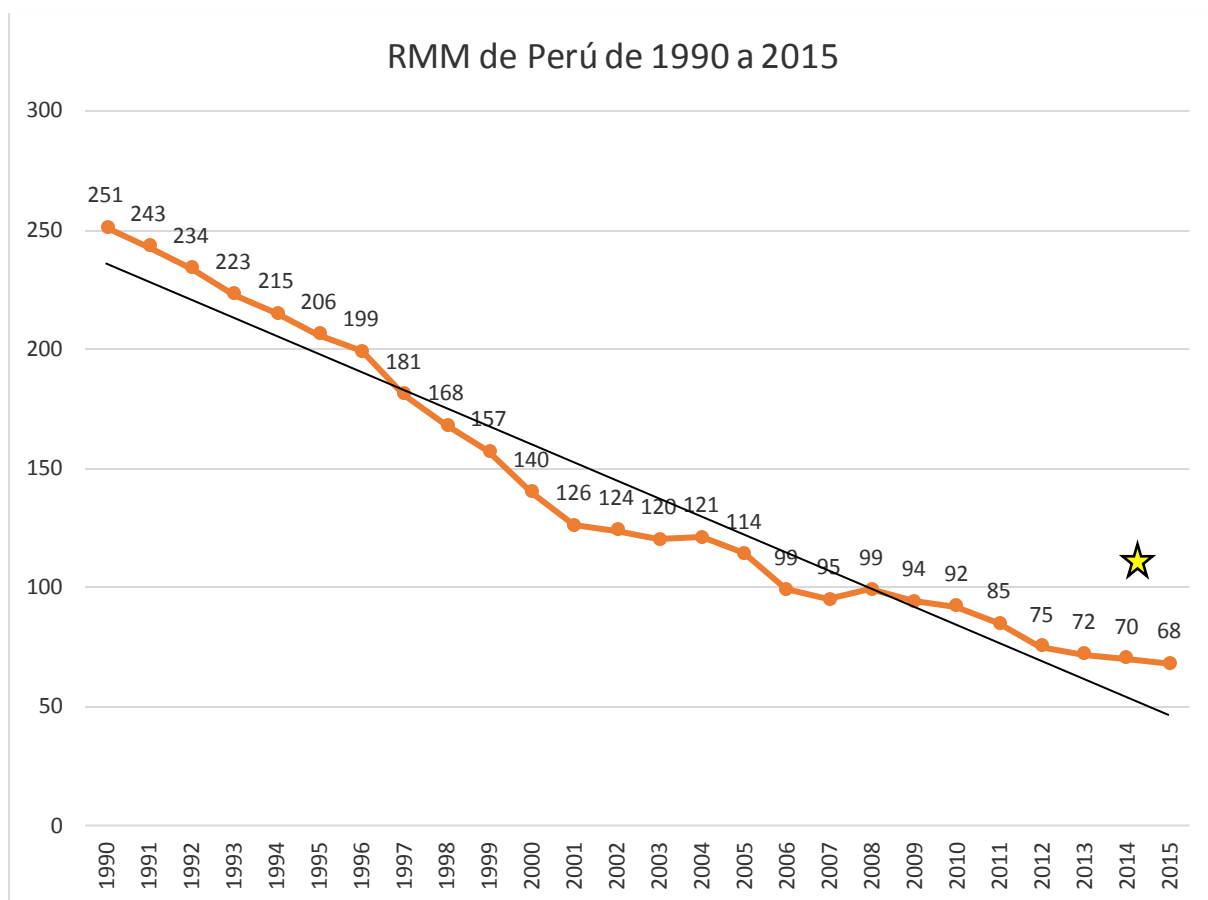
(Reproductive Age Mortality Survey). La adopción de esta estrategia ha tenido un importante impacto en la reducción del subregistro que a partir del 2005 ha sido mínimo (Hernández y Palacio, 2012: 162). En Perú, hasta hace pocos años carecía de estadísticas al respecto y tener un control sobre las mismas también pudo ayudar a la disminución de la mortalidad materna.

Hay investigadores que aseguran que sigue habiendo un subregistro, así como una clara, nula o mala clasificación de las muertes maternas, lo que hace difícil rastrear las estadísticas, sobre todo en lugares pobres y de difícil acceso (entre los que destacan las comunidades indígenas). Cabe agregar que para los expedientes clínicos en los hospitales “cada vez existe menos disciplina para llenarlo, a pesar de ser el documento oficial en caso de demandas legales por mala práctica” (Roldán, 2009: 149).

#### **3.4.1 La mortalidad materna en Perú**

Cabe destacar que Perú desde 1990, inició la implementación de políticas públicas de salud sexual y reproductiva, y en ese año (1990), tenía de las tasas más grandes de toda América: 251 muertes por cada 100,000 nacidos vivos.

**Gráfica 7: Razón de Mortalidad Materna de Perú de 1990 a 2015**

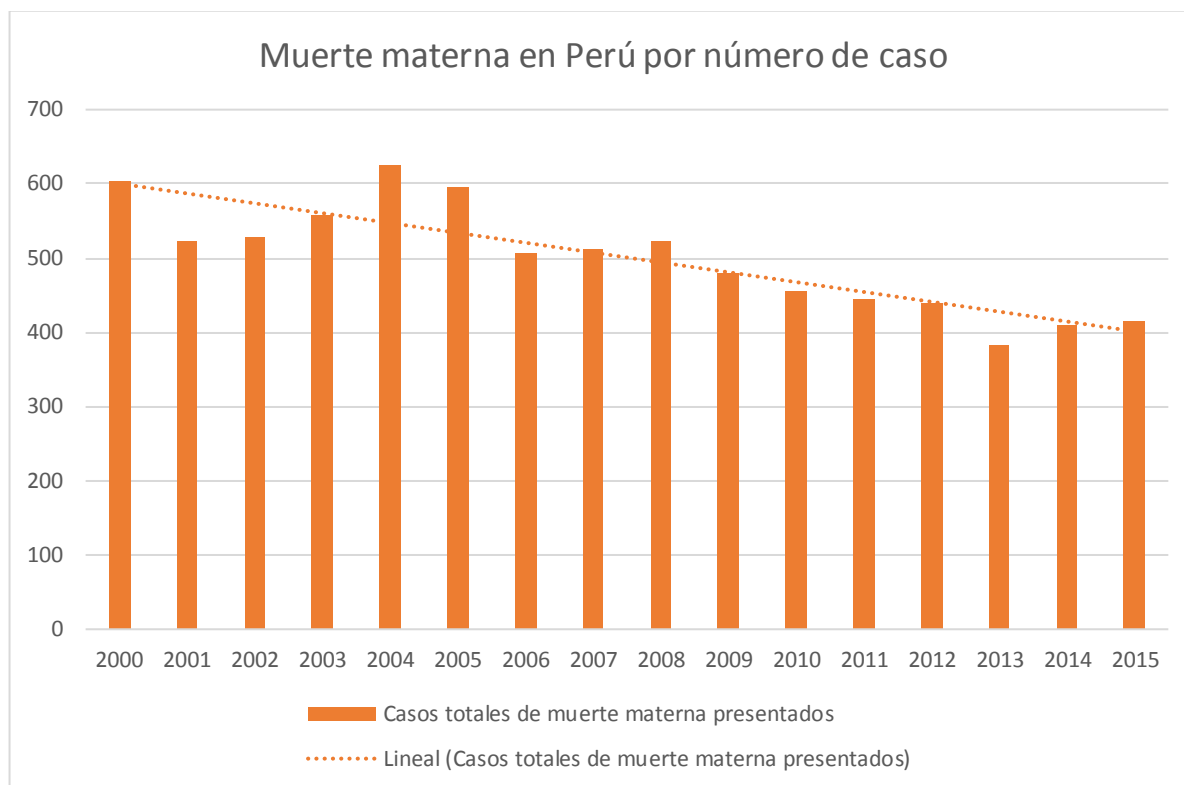


Fuente: Gráfica de elaboración propia a partir de datos del Banco Mundial 2017

Meta de los ODM para Perú señalada por ★



**Gráfica 8: Mortalidad materna en Perú por número de casos**



Fuente: elaboración propia con datos de Ministerio de Salud (2016).

De acuerdo a Del Carpio (2013), el gobierno de Perú para el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio, debía alcanzar una razón de 66 defunciones por cada 100,000 nacidos vivos. La OMS, UNICEF, UNFPA y el Banco Mundial, y su publicación “*Trends in maternal mortality*” de “1990 to 2010 la razón de mortalidad materna para Perú es de 67 por 100, 000 nacidos vivos; así mismo refiere que Perú está entre los 20 países del mundo que más ha avanzado en la reducción de la mortalidad materna” (Del Carpio, 2013: 462)

Las causas principales de la mortalidad materna en Perú, según la Razón de Mortalidad Materna, se resumen a continuación en el siguiente cuadro:

**Tabla 3: Causas de muerte materna en Perú del 2007 al 2011**

<b>Causas de muerte 2007-2011</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>RMM</b>
Hemorragia obstétrica	42.6	34.9
Trastornos hipertensivos en el embarazo parto y puerperio	22.7	21.9
Complicaciones no obstétricas	14.0	18.6
Embarazo que termina en aborto	9.8	8.5
Afecciones contribuyentes	3.9	5.1
Otras complicaciones obstétricas relacionadas con el puerperio	2.4	2.9
Complicaciones de manejo no previstas	1.6	1.6
Desconocido/indeterminado	1.2	2.6
Infección relacionada con el embarazo	1.1	1.6
Otras complicaciones obstétricas relacionadas con el embarazo	0.8	1.6

Fuente: Elaboración propia con datos de Maguiña y Miranda (2013: 58)

Para Guzmán (2002) (citado en Rousseau, 2007), en el año 2000 en Perú “una mujer moría cada 8 horas por complicaciones resultantes del embarazo, parto o post parto, con un total de 1,258 muertes maternas” (Rousseau, 2007: 323). Las cifras manejadas por Santos *et al* (2010) son que cada día morían 2 mujeres y que las cifras de Perú eran las más elevadas de la región con 185 muertes, después de Bolivia (480) y Paraguay (380) (Santos *et al*, 2010: 23). Pues la situación para el 2003, se presentaba de la siguiente manera: De igual forma, para darnos una idea de la situación de salud de la población, para el 2003, una de cada dos familias peruanas se encontraban en pobreza, 11.5% de las mujeres no tenían educación, una de cada tres mujeres rurales estaban propensas a enfermarse y sólo 32% se consultaban, 67% de las embarazadas se habían hecho un control prenatal, 49% tuvo un parto atendido por personal capacitado y 48.3% de las embarazadas dio a luz en su domicilio (Seclen-Palacín *et al*, 422: 2003).

Si hacemos un listado del perfil de las mujeres que mueren en Perú, tomando como criterio de capacidades (indicadores) en el capítulo 2, tenemos lo siguiente en un estudio hecho por Maguiña y Miranda (2013) con datos comprendidos del 2002 al 2011 donde identificamos algunas de estas capacidades, valga decir que no están todas las que se propusieron en el capítulo 2, pero es la información recabada por el Ministerio de Salud de Perú:

#### Capacidad de la mujer:

- ✓ Nivel educativo: El principal grado de estudio fue el de primaria con 46.7% de las fallecidas.
- ✓ Trabajo y empleo: principalmente amas de casa con 84.9%
- ✓ Estado civil: la mayoría eran casadas, con el 61.9%, seguido de las que vivían en “convivencia” 46.9%.
- ✓ Edad de la mujer: 50% de las mujeres eran mayores de 30 años a más y sólo el 6% eran adolescentes.
- ✓ Número de controles prenatales: 72% de las mujeres que murieron tuvieron controles prenatales.

#### Capacidades del entorno:

- ✓ Acceso a infraestructura sanitaria: El lugar de fallecimiento fue en su mayoría, el 45.8% en clínicas y hospitales.
- ✓ Atención al parto por personal calificado: el 72.2% recibieron atenciones prenatales (Maguiña y Miranda, 2013: 14).

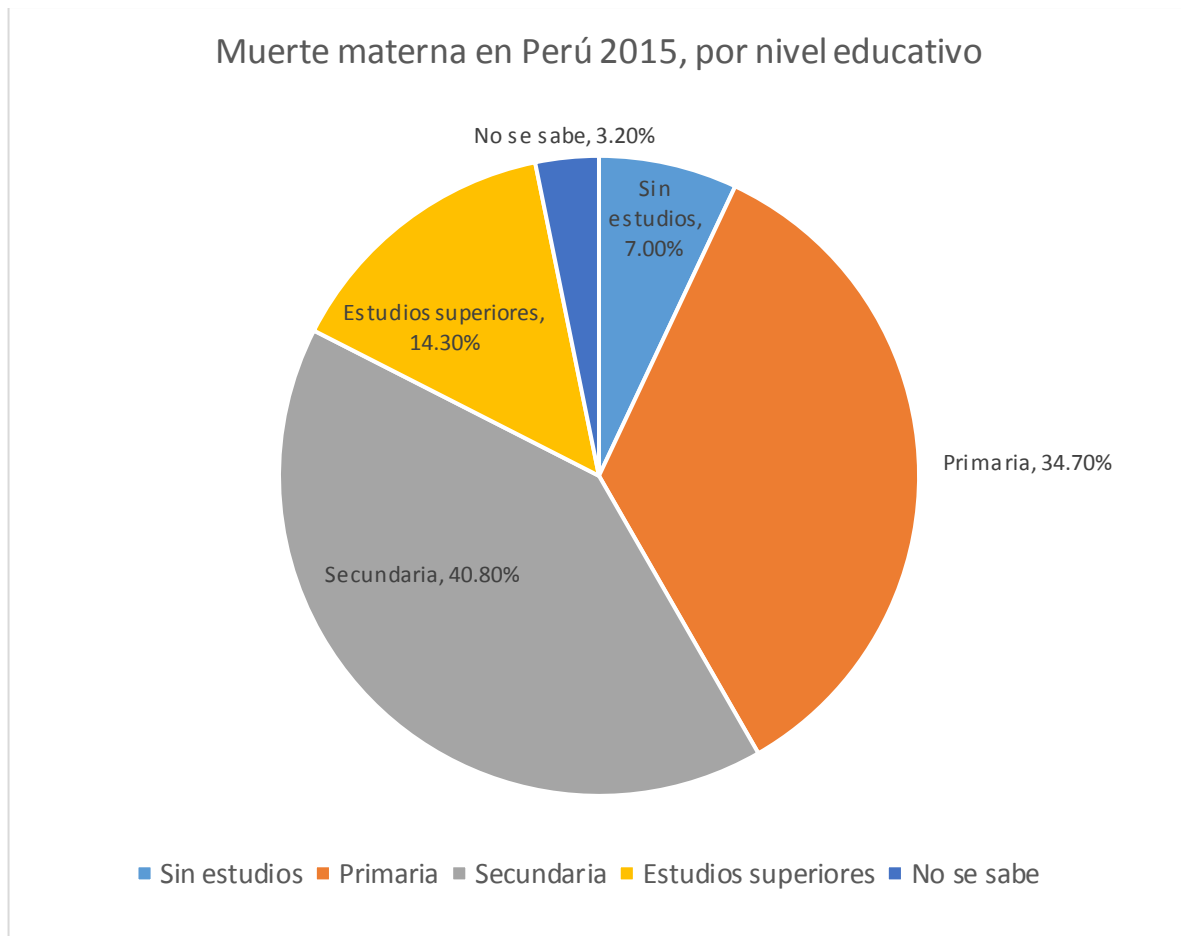
Este perfil ya nos está indicando algo importante: que en su mayoría, la cara de la mortalidad materna en Perú para el 2011 era de morir en establecimientos de salud y con controles prenatales, con educación y casadas y mayores de 30 años. Esto coincide con el éxito de los programas de salud materna que pudieron bajar la mortalidad materna en los lugares donde había mujeres de otras características socioeconómicas y demográficas de la zona andina (mujeres indígenas, pobres, sin instrucción, jóvenes, etc.), pero por desgracia se han desatendido las regiones urbanas.

Para el 2015, de acuerdo a la disponibilidad de la información, se decidió mostrar los datos publicados por el Ministerio de Salud (2016) fueron los siguientes:

#### Capacidad de la mujer:

✓ Nivel educativo:

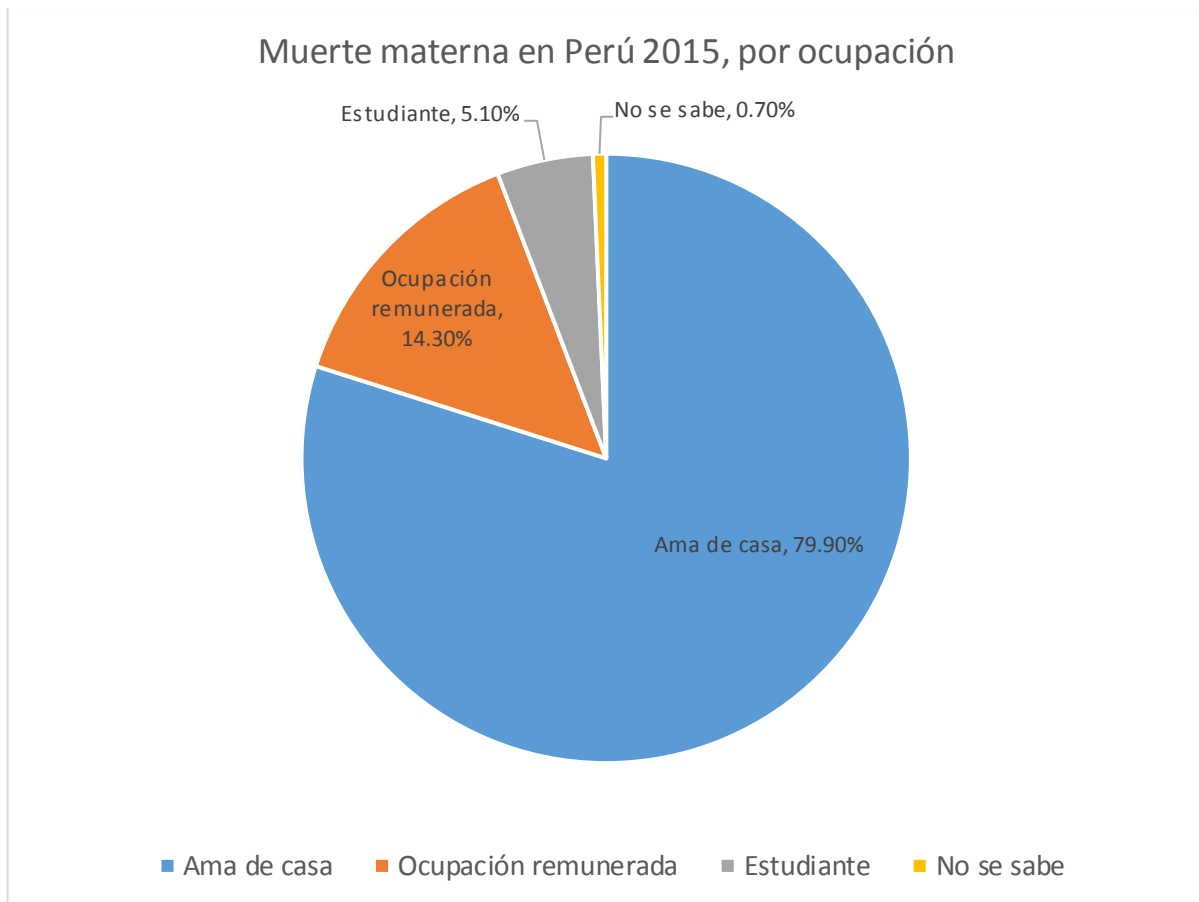
**Gráfica 9: Mortalidad materna en Perú 2015, por nivel educativo**



Fuente: Ministerio de salud, 2016: 69

✓ Trabajo y empleo:

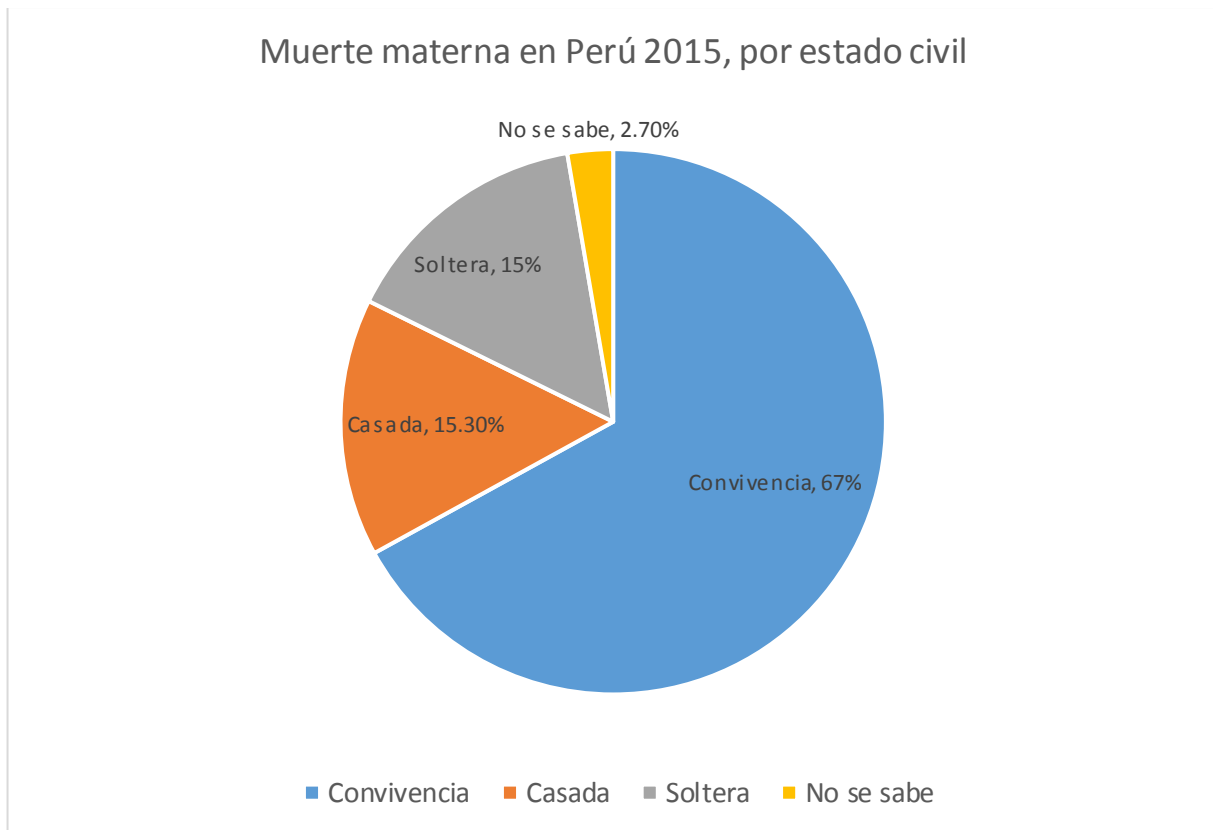
**Gráfica 10: Mortalidad materna en Perú 2015, por ocupación**



Fuente: Ministerio de salud, 2016: 69

✓ Estado civil:

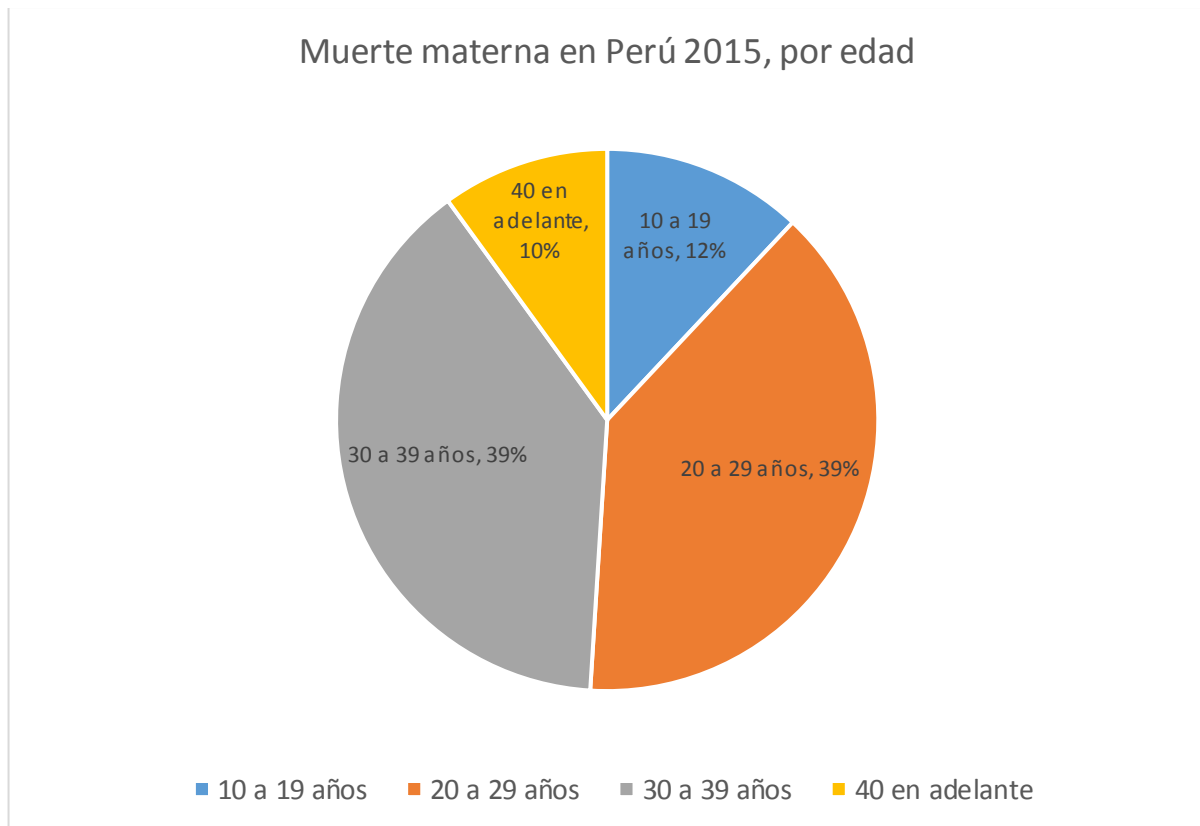
**Gráfica 11: Mortalidad materna en Perú 2015, por estado civil**



Fuente: Ministerio de salud, 2016: 69

✓ Edad de la mujer:

**Gráfica 12: Mortalidad materna en Perú 2015, por edad de la mujer**

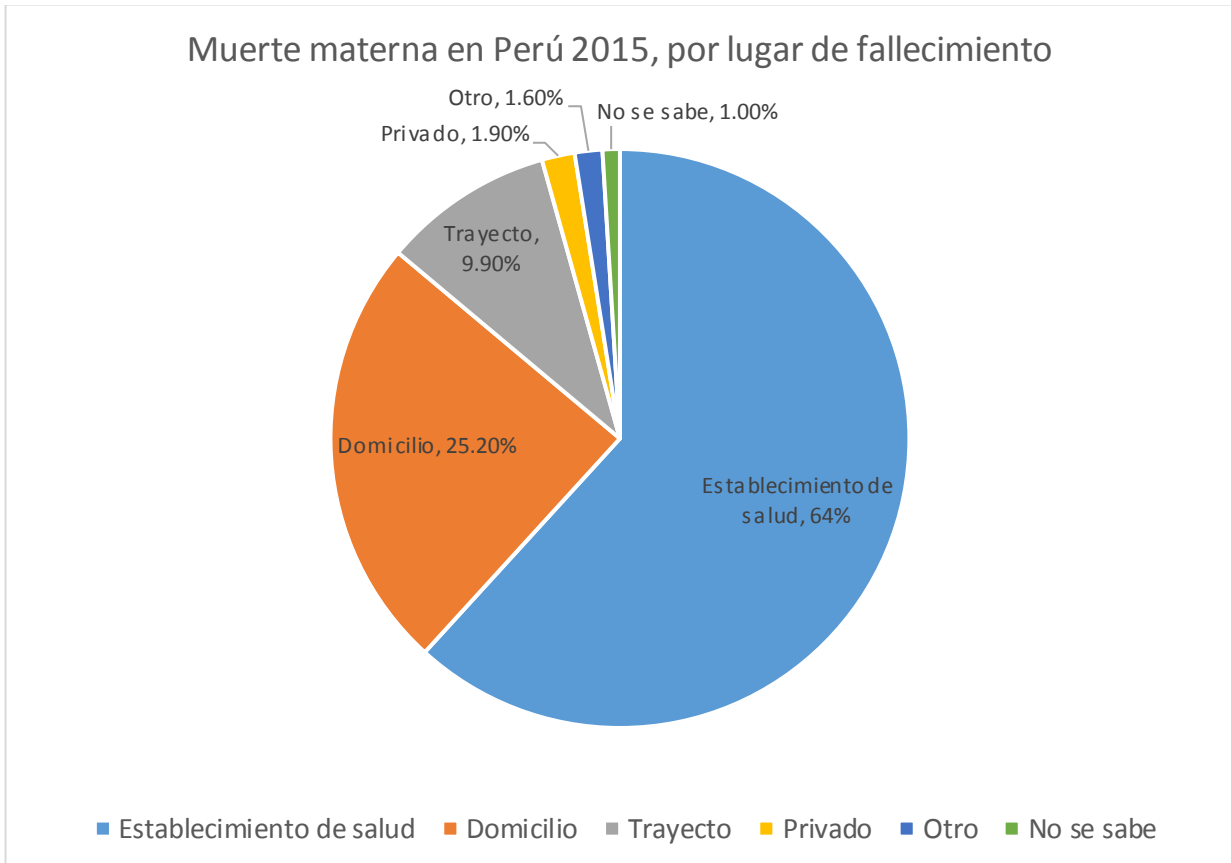


Fuente: Ministerio de salud, 2016: 69

Capacidades del entorno:

- ✓ Acceso a infraestructura sanitaria:

**Gráfica 13: Mortalidad materna en Perú 2015, por lugar de fallecimiento**

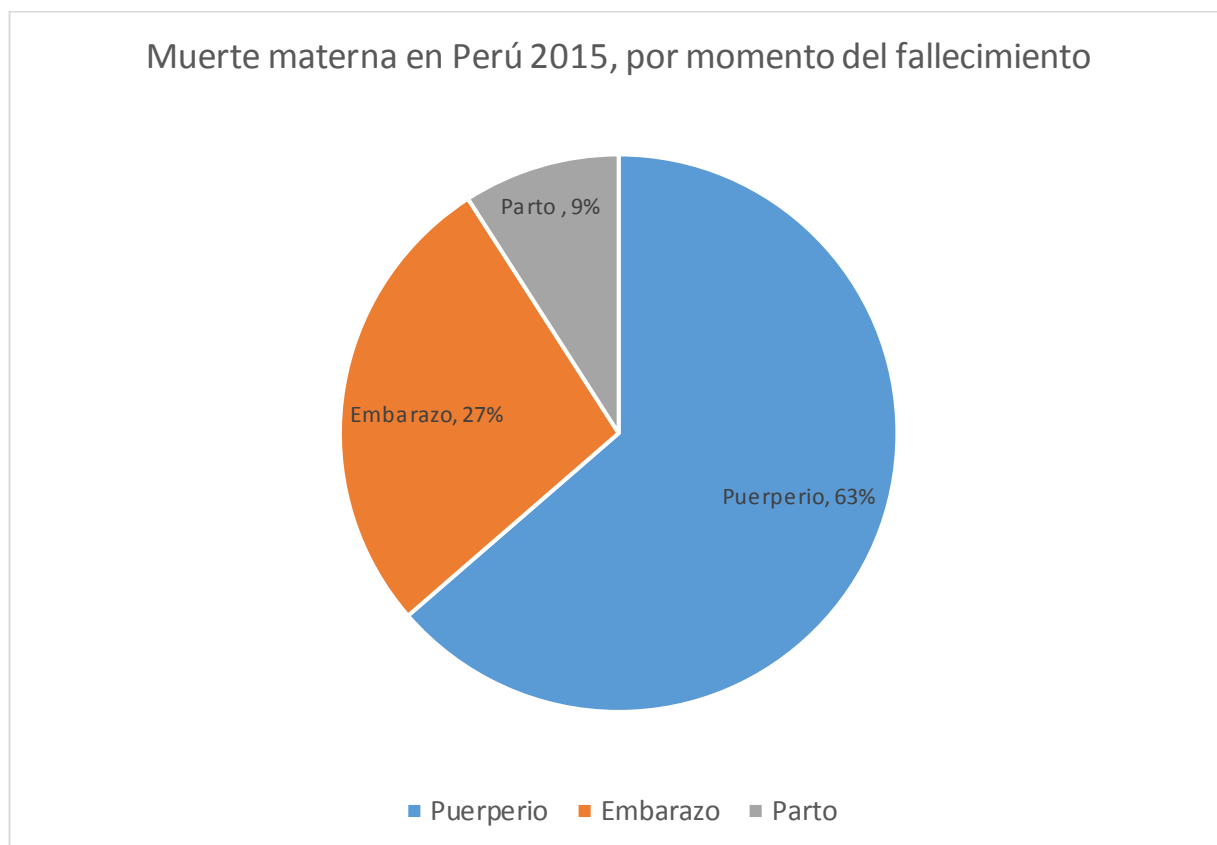


Fuente: Ministerio de salud, 2016: 69

Aunque las siguientes gráficas no se refieren a alguna capacidad específica, es importante mostrarlas para analizar y entender el problema:

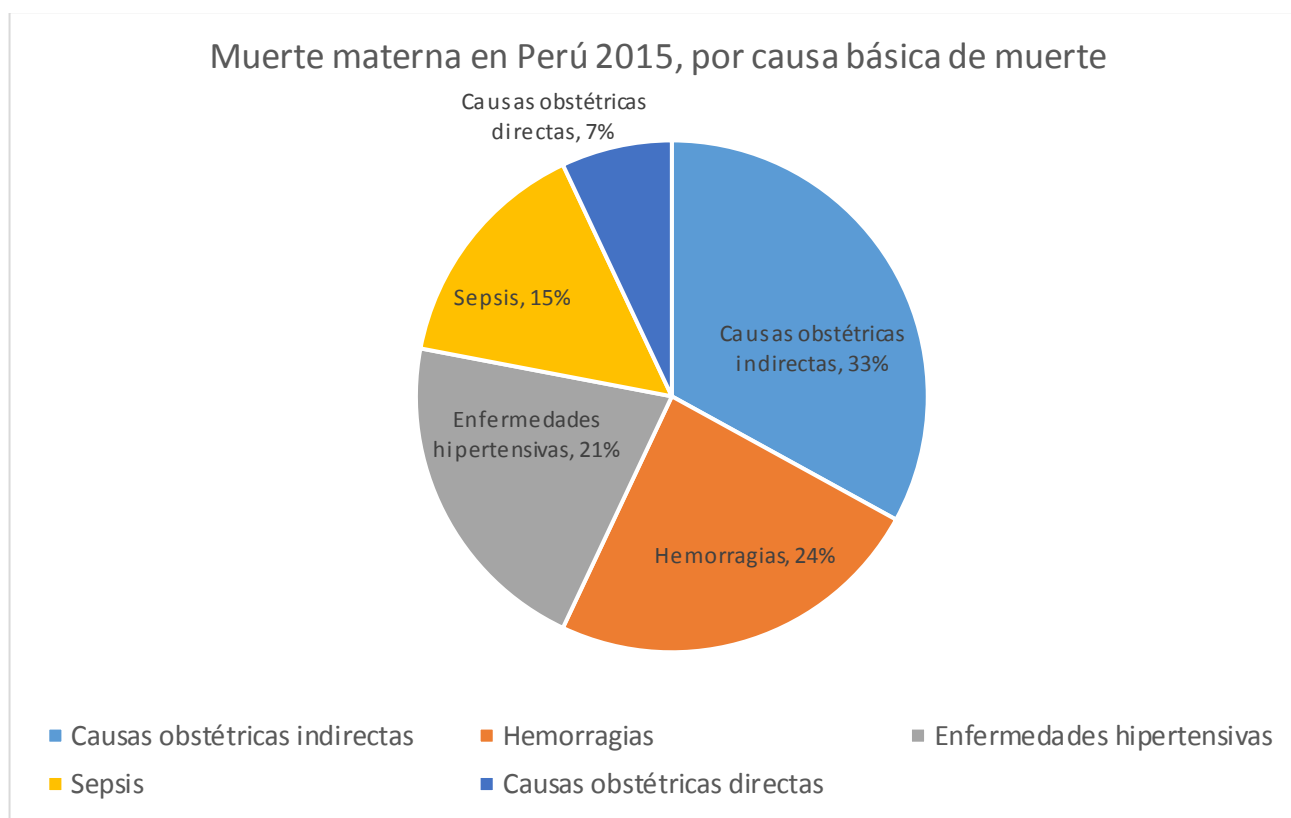


**Gráfica 14: Mortalidad materna en Perú 2015, por momento de fallecimiento**



Fuente: Ministerio de salud, 2016: 69-70

**Gráfica 15: Mortalidad materna en Perú 2015, por causa básica de muerte**



Fuente: Ministerio de salud, 2016: 70

Después de observar todas las gráficas con los datos del 2015 y las características principales de las mujeres que fallecieron, se puede observar que el comportamiento del fenómeno se está concentrando en: mujeres con estudios básicos (secundaria), que no trabajan, que viven en unión libre, de 20 a 39 años, en los hospitales, durante el puerperio y por causas indirectas o hemorragias. Aventurarnos a sacar conclusiones con esto sería arriesgado, se podría mejor poner atención a las mujeres urbanas sobre signos de alarma después del parto.

Específicamente sobre la mortalidad materna, el Ministerio de Salud (Gobierno de Perú, 2012) reportó lo siguiente:

“2,140 mujeres se embarazan diariamente y de ellas 865 sufren complicaciones del embarazo, parto y puerperio, 94 se atienden por aborto y dos mueren por complicaciones antes mencionadas. De acuerdo con los datos obtenidos por el sistema de vigilancia epidemiológica hasta el año 2002, 80% de muertes maternas proceden de 16 direcciones de salud (Ancash, Ayacucho, Cajamarca I, Cusco, Puno, Huancavelica, Huánuco, La Libertad, Lambayeque, Junín, Piura I, Jaén, San Martín,

Loreto, Cajamarca II y Luciano Castillo), y 20% corresponde a las 18 direcciones restantes. Las muertes relacionadas con el embarazo son más frecuentes en las áreas rurales y en zonas deprimidas de las ciudades” (Gobierno de Perú, 2012: 3).

La desigualdad entre entidades y regiones remite a un panorama social y económico de oportunidades y capacidades diferenciadas entre los individuos y entre los grupos y colectivos de los que forman parte” (Godínez y Burns, 2012: 183).

**Mapa 3: Perú dividido políticamente por 24 regiones (sin incluir Callao que se encuentra dentro de Lima)**



Fuente: <http://www.peruserviciosturisticos.com/peru.php>

**Mapa 4: Perú dividido por zonas geográficas: en verde la Selva (El Amazonas), en café la Sierra (los Andes) y en ocre la Costa**



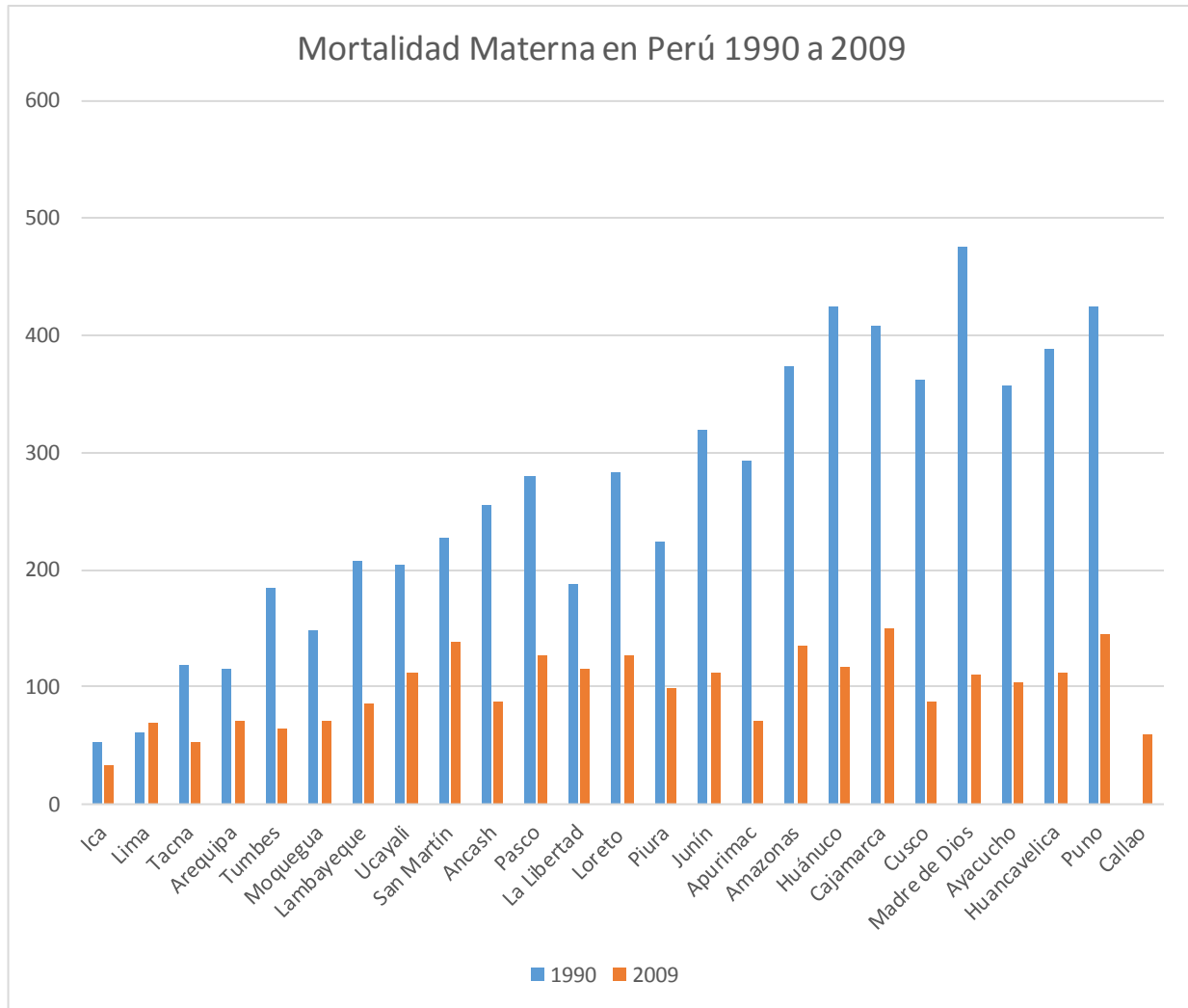
Fuente: <http://mapadep Peru.blogspot.mx/2013/05/mapa-de-peru-dividido-por-regiones.html>

Perú se divide en 3 regiones geográficas: la costa, la sierra (que comprende los Andes) y la selva (que comprende la Amazonía) y a su vez en 25 departamentos categorizados en cinco estratos de pobreza, donde los departamentos más ricos se encuentran en la costa (Tacna, Lima la capital y Callao que está al lado de Lima) y los más pobres son Huancavelica, Ayacucho y Apurímac (Huynen *et al*, 2005: 51-52).

Por regiones (direcciones de salud), en Perú las cifras muestran el siguiente comportamiento (se toma de 1990 y 2009, para la región da Callao no se encontraron

datos de 1990, ya que es una ciudad que colinda con Lima y pudo haberse tomado como área metropolitana de esta):

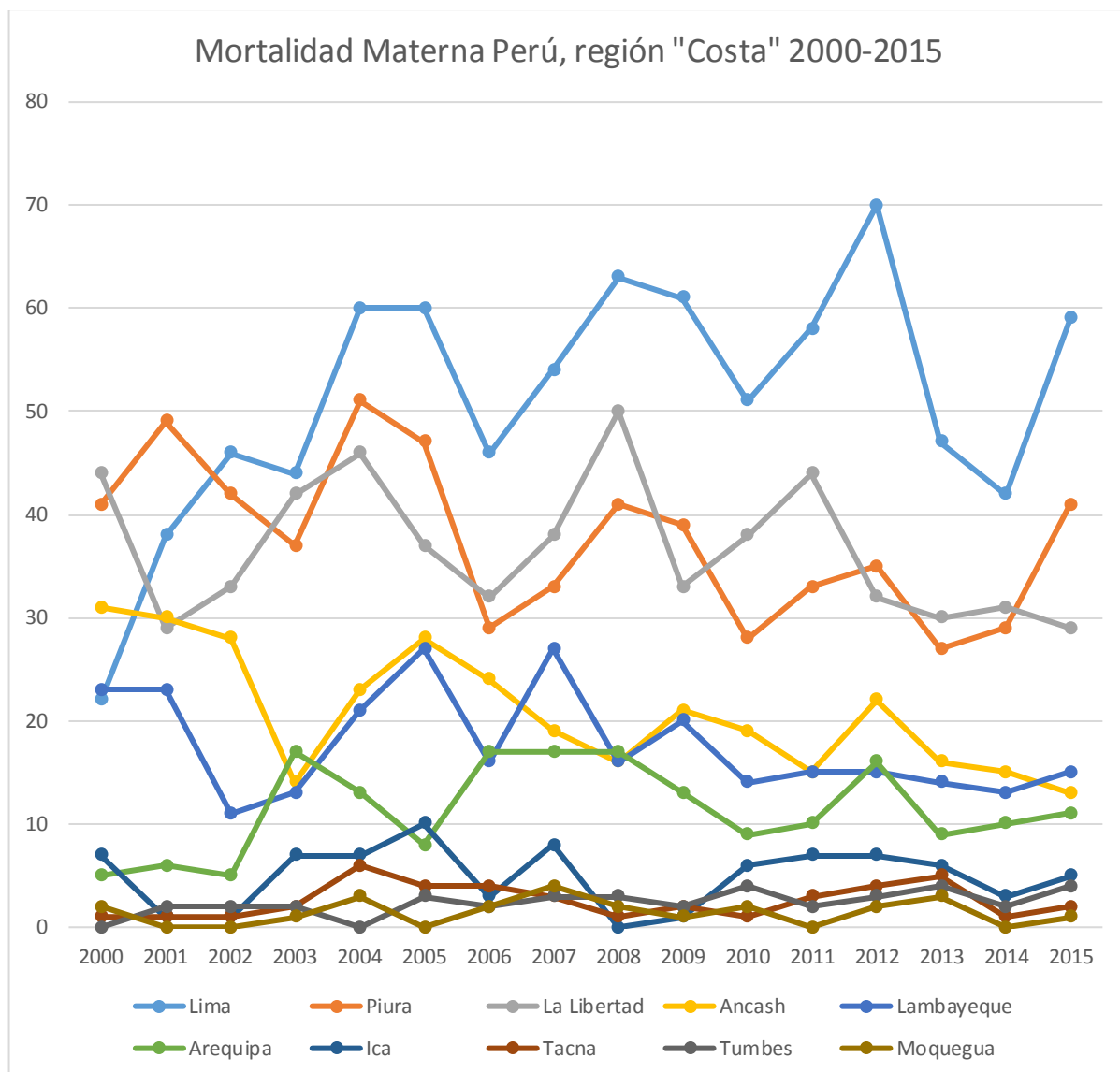
**Gráfica 16: Mortalidad materna en el Perú por regiones comparativo años 1990 y 2009**



Fuente: Ministerio de salud de Perú (s/f) (datos de 2009) y Watanabe (2012)

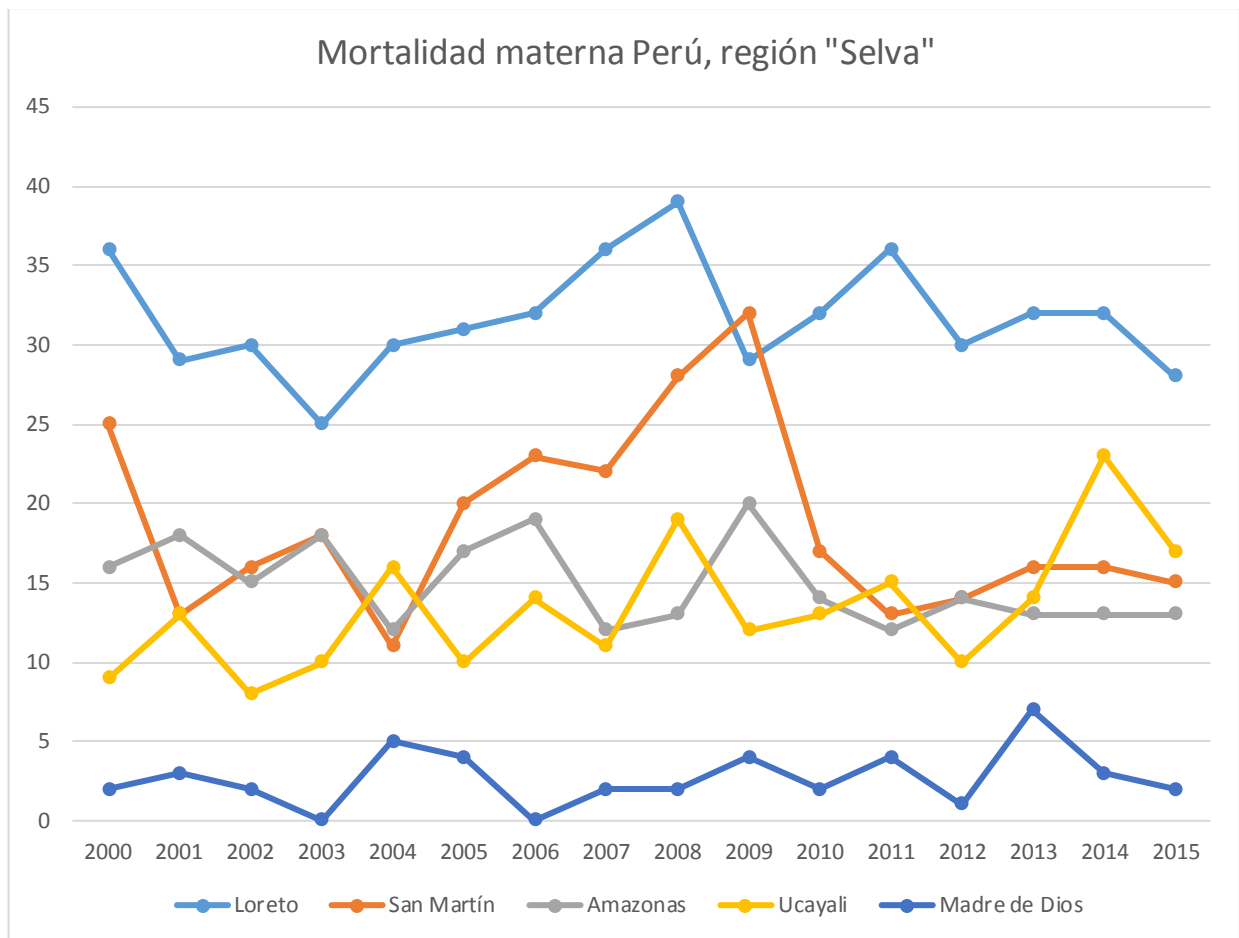
Las siguientes gráficas muestran la mortalidad materna en Perú por las 3 regiones geográficas que comprende Perú. El cuadro muestra un comparativo del 2000 al 2015.

**Gráfica 17: Mortalidad materna en el Perú, región “Costa” 2000-2015**



Fuente: Ministerio de salud (2016: 66)

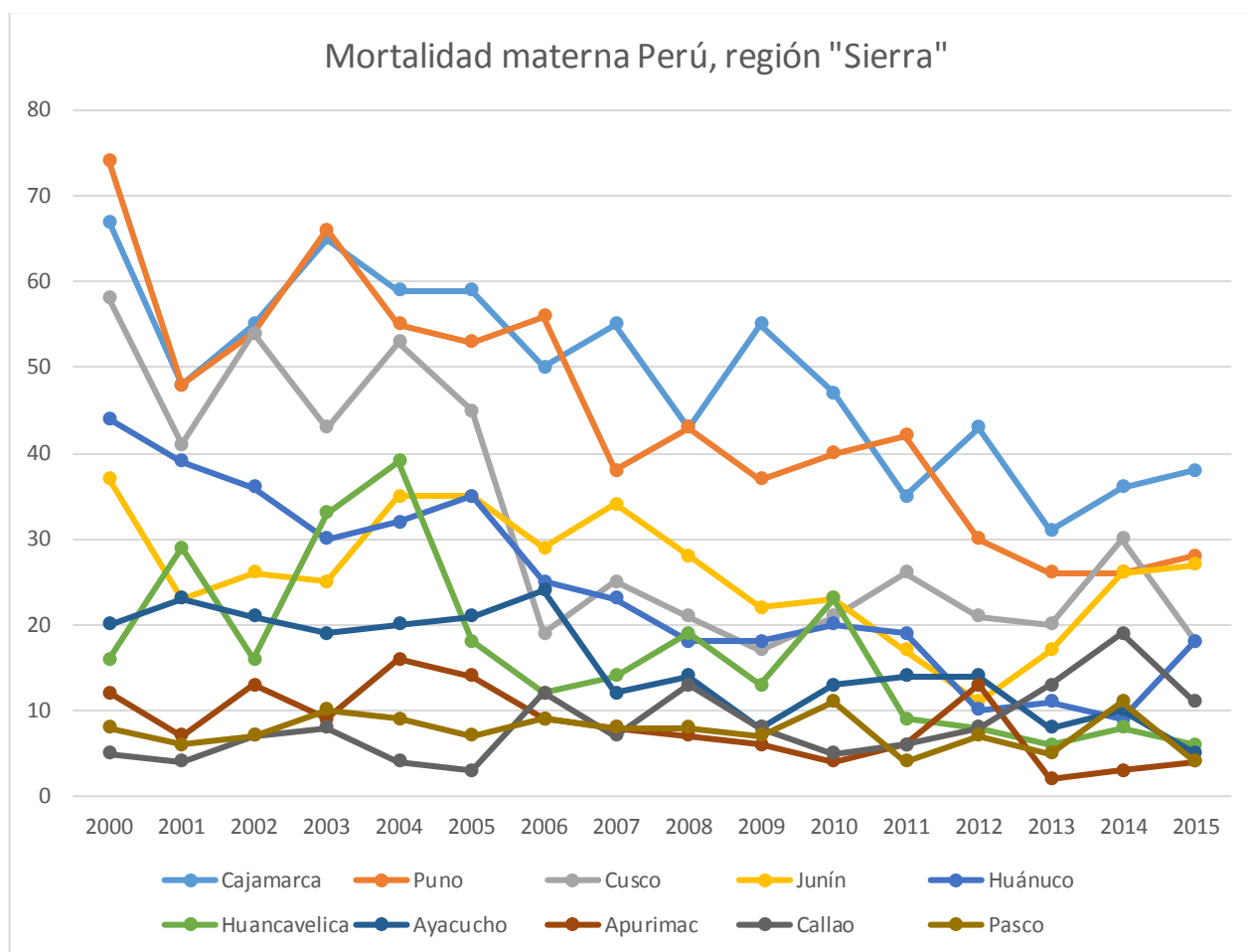
**Gráfica 18: Mortalidad materna en el Perú, región “Selva” 2000-2015**



Fuente: Ministerio de salud (2016: 66)



**Gráfica 19: Mortalidad materna en el Perú, región “Sierra” 2000-2015**



Fuente: Ministerio de salud (2016: 66)

La explicación a las gráficas anteriores, tiene que ver con un fenómeno que ya se viene observando desde los gráficos circulares donde se mostraba la mortalidad materna del 2015 por algunas variables socioeconómicas (Gráfico 9 a la 15) y que tienen que ver con el aumento de la mortalidad materna en zonas urbanas con infraestructura.

La implementación de las políticas de salud materna en el Perú, han hecho que suceda un fenómeno que en teoría no debería de pasar, pues donde hay regiones con un Índice de Desarrollo Humano superior a otras, la Razón de la Mortalidad Materna aumentó. Este caso se observa con Lima, la capital, que es una de las ciudades con más nivel de desarrollo e infraestructura hospitalaria “creando un sistema de salud que privilegia al departamento de Lima y que no satisface en forma adecuada las

necesidades de la mayoría de los campesinos pobres de las áreas rurales” (Yamin, 2003: 33). Esto se muestra explicándolo en el siguiente cuadro.

Se comparan los datos de los índices de desarrollo humano por distintos años entre las regiones, por desgracia no se tienen datos de 1990, así mismo con los datos de la razón de la mortalidad materna arriba expuestos, se obtuvo el porcentaje de avance o retroceso en el mismo:

**Tabla 4: Comparativo de las regiones del Perú con más mortalidad materna, sus avances en ese tema y su IDH 2003 y 2012**

Región	IDH 2003	IDH 2012	Avance en RMM de 1990 a 2009
Huancavelica	0.1725	0.2961	71%
Huánuco	0.1968	0.3747	72%
Apurímac	0.233	0.3444	76%
Ayacucho	0.233	0.3335	71%
Arequipa	0.4267	0.5780	38%
Tacna	0.4672	0.5552	55%
Callao	0.4967	0.5863	ND
Lima	0.5138	0.6339	-13%

Fuente: Elaboración propia con datos de UNDP (2012)

Si observamos bien la tabla 4, podremos ver que mientras que en ciertas regiones la mortalidad materna ha disminuido, la cual tuvo disminuciones muy importantes, casi del 70%, muchas de estas regiones también eran las más pobres según Yamin (2013), cuando señala que “es importante destacar que esta sierra central y sur- Puno, Cusco, Ayacucho, Huancavelica- tiene también las más altas tasas de muerte materna” (Yamin, 2003: 92). También como se puede observar en la tabla, esos lugares aumentaron a lo largo de los años su IDH. No obstante, como también se puede observar en la tabla, en otros lugares la mortalidad materna ha aumentado, este es el caso de Lima, que es la capital y que goza de mayor infraestructura hospitalaria y servicios. Esto concuerda con el reporte hecho por Maguiña y Miranda (2013) en donde se muestra que “los departamentos de la Sierra que forman parte del Trapecio Andino, hace diez años poseían las RMM más elevadas de todo el país, en la actualidad han experimentado un reducción. Por el contrario los departamentos de la

costa o capitales principales del Perú, presentan incrementos, excepto Pasco y Madre de Dios que presentan una RMM elevada” (Maguiña y Miranda, 2013: 47). Cabe señalar que Pasco y Madre de Dios están en la Selva y son de los lugares más pobres de Perú. La Amazonía peruana es una de las regiones, junto con los Andes, de las más pobres. La condición étnica coincide con el mapa de la pobreza en el país, es decir que en aquellas regiones como los Andes o el Amazonas existe un importante número de población indígena, además de ser pobres. Guerra *et al* (2014) afirman que “en aquellas sociedades donde existen fallas en los servicios de salud y presentan situaciones de pobreza, la salud de las madres se encuentra en riesgo” (Guerra *et al*, 2014: 218).

En los Andes era donde se concentraba más la mortalidad materna y lograron bajarla; sin embargo, se incrementaron en la Costa por una serie de factores que ya se discutieron. No obstante, tampoco hay estudios sobre lo que está pasando en la Selva, que es el lugar donde, además de ser el más pobre y atrasado del Perú, la política pública fue un rotundo fracaso, y es fecha que el Ministerio de Salud, no sabe cómo hacer para que disminuyan los casos. Lo único por lo que no se visualizan, es porque tienen una población muy pequeña, lo cual hace que a nivel nacional no impacten en las estadísticas. El sostenimiento del índice de mortalidad materna en esta región se puede explicar de acuerdo al argumento de uno de los entrevistados quien es médico, asesor del Viceministro de Salud Pública del Ministerio de Salud de Perú y ex especialista en salud UNICEF Perú:

“Representan el 2% de la población del Perú, y no obstante, los esfuerzos que se han hecho, no hemos encontrado un modelo y lo que yo si te puedo certificar es que las Casas de Espera fracasaron en toda la zona, yo me conozco toda la Amazonía peruana, visitando los ríos y las comunidades y la gente me conoce, siento que fracasamos, en las zonas de los ríos amazónicos el parto sigue siendo entre el 15 y el 30% no más, institucional, el resto sigue siendo domiciliario, y las mujeres se siguen muriendo, lo que pasa es que so poquitas y no se nota, entonces ahora, lo que hemos hecho es en esta gestión y hace dos meses es crear la dirección de desarrollo de los pueblos indígenas, ¿por qué? porque parte del problema es que las estrategias nacionales no se han adecuado a esa realidad, son aplanadoras para todo el país y ha funcionado para la mayoría del país, pero no funcionan, no funcionan, parte de ese no

funcionamiento es la creencia de que podían reemplazar a las parteras, en esa zona, y eso es una farsa, eso es lo que hace daño, y yo estoy tratando acá de que la estrategia de salud reproductiva deje de corretear a las parteras y con la dirección vamos a lograr que haya un reconocimiento y un trabajo complementario, ellas jamás van a reemplazar a la obstetriz, jamás van a resolver una complicación grave, pero son vitales”. (Tavera, comunicación personal, 2016).

Aquí hay dos cuestiones importantes para discutir según la cita de la entrevista.

La primera es que este es uno de los grandes retos de la política pública peruana, pues si bien se logró que las mujeres indígenas atendieran su parto en las instituciones y establecimientos de salud, en el Amazonas ha sido muy difícil. En esas regiones, por ejemplo, las personas que hablan alguna lengua indígena, el 18.2% atiende su parto en las instituciones, esto equivale a lo de los quintiles 1 y 2 que son los más pobres de la población y quienes tienen educación más baja (primaria y secundaria), (Unidad de Monitoreo y Evaluación, 2012: 16).

Organismos internacionales recomiendan el trabajo de la partería para bajar los índices de mortalidad materna: “Las parteras ocupan un rol crucial en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) 4 (disminuir la mortalidad infantil) y 5 (aumentar la salud materna). Al aprender estándares internacionales y al estar dentro de un sistema de salud completamente funcional, pueden prestar cerca del 90% de la atención fundamental para mujeres y recién nacidos y pueden reducir potencialmente las muertes maternas y neonatales en dos tercios” (OMS, 2018)

En algunos países, las parteras, sobre todo aquellas que son “tradicionales” y que viven en comunidades alejadas y que no han tenido entrenamiento médico profesional, cumplen funciones que van desde reducir la ansiedad (que se incrementa al estar en los servicios institucionalizados de salud), la reducción de costos, el apoyo en el cuidado de hijos y del hogar por parte de la partera hacia la usuaria y su familia, además de que en zonas rurales y donde no hay servicios médicos, una partera puede considerarse como un servicio casi gratuito o de muy bajo costo (Pelcastre, 2005: 376). Otros expertos que han estudiado el tema de las parteras, como Roldán (2009), señalan que la labor es importante, pero “es necesario brindarles apoyos y considerarlas dentro del sistema de salud” (Roldán, 2009: 151). Aunque siempre existe el riesgo de que el embarazo se complique, en los lugares alejados las parteras han

servido más como “promotoras de la atención especializada” (Arranque Parejo en la Vida y Population Council, 2009: 93), así como para identificar y canalizar a mujeres que son maltratadas durante el embarazo sobre todo por sus parejas, tanto a nivel físico como psicológico y/o que corren algún riesgo de salud (ver Valdez Santiago, 2004). En Chile, “el rol de la matrona y/o matrón es fundamental en el manejo de la atención del nivel primario, porque son responsables del primer enfrentamiento en el diagnóstico y manejo en este nivel, es la base de nuestro sistema de control prenatal basado en niveles de complejidad”. (González *et al*, 2012: 145). Pero el caso del Perú es muy diferente, en ese país las parteras “tradicionales” no han funcionado. En primer lugar porque el parto en las comunidades indígenas (tanto del Amazonas como de los Andes, es algo en lo que interviene la mujer y su pareja, y la partera sale sobrando). Existe en Perú, las obstetras, ellas son parteras profesionales que realizan labores que van desde el control prenatal a los métodos anticonceptivos y trabajan dentro del sistema oficial de salud. En las comunidades indígenas, por ser ajenas a ellas, la gente no confía.

El problema de la Selva tiene que ver con cuestiones culturales. El parto en la Selva es culturalmente diferente, de ahí que las estrategias impuestas por el gobierno no hayan funcionado. Como los explica, en una de las entrevistas, Del Carpio (2016), quien es médico y catedrática de la Universidad Nacional de San Marcos además de Coordinadora Nacional de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva:

“Las Casas de Espera ha pegado muy bien en la Sierra, en la Selva muy poco, porqué tiene otro tipo de vivienda, otro tipo de estilo y ellos tienen inclusive muy arraigado que en algunos sitios tienen que tener el parto en el río y el esposo es el que grita, le duele y la mujer es la que está tranquilita dando a luz, o sea, todas estas cosas se están plasmando, porque no es tan fácil llegar y adentrarte en la Selva y ver estas cosas, pero se ha tratado de rescatar en las visitas, inclusive, como se ha creado sedes de capacitación en parto vertical hay entonces en Yarinachocha, que es selva, la mujer para parir toma unos palos, la mujer en la Sierra no, es de cuclillas, parada ,entonces tenemos que hacer todas las adaptaciones” (Del Carpio, comunicación personal, 2016).

El reto de la política pública de Perú es cómo lograr estas adaptaciones.

La explicación de por qué sucede este fenómeno de la disminución de la mortalidad materna en algunas regiones pobres y el aumento en las que tiene más desarrollo e infraestructura, puede ser que las políticas públicas se enfocaron a las regiones con menores niveles de desarrollo (más pobres), concentrando el esfuerzo en el área Andina, en regiones que compartían en común ser pobres, ya que ahí el problema era mayor, para así tratar de bajarlo y que, por consecuencia, bajaran sus índices. Fue por eso que se realizaron programas como Proyecto 2000, el cual se concentró en atender el 58% del parto rural que estaba desatendido, trabajado en 12 regiones del Perú a nivel de 90 establecimientos de salud (Choque, comunicación personal, 2016) o Par Salud, que se concentró en 9 regiones del país las cuales causaban el 70% del problema y después de esta intervención lo bajaron al 40% (Masumura, comunicación personal, 2016).

Sin embargo, en lugares como la Costa, que son regiones donde su nivel de desarrollo intrapaís es más alto (además está la capital), la explicación de él incremento se puede deber, entre otras cosas, a cuatro factores, según la opinión de expertos, los cuales se enumeran a continuación.

El primer factor, según la entrevista realizada a Tavera (2016) es que llegan los casos muy complicados a Lima y no pueden salvarse, por más esfuerzo que se haga:

“Ahí tenemos varias cosas, primero que en los hospitales se está concentrando las referencias complicadas, esa es una, a los hospitales de ciertas regiones y de Lima está llegando [...] Pero tenemos un mal sistema de referencias, están llegando tarde, pero se está invirtiendo mucho en las referencia, acá yo he visto que se han gastado en un avión 20 mil dólares, en una mujer desde Loreto, para venirla a atender acá, en avión privado, una cosa que me sorprende y me parece maravillosa, porque eso significa que la vida de esa indígena o de esa mujer de la zona rural, es tan importante como el millonariote de acá de Lima, eso me parece un cambio ciudadano, ¿no?” (Tavera, comunicación personal, 2016).

El mal sistema de referencias hace que se manden todos los casos complicados a Lima, pero cuando ya no tienen remedio, haciendo, según Tavera (2016), que los índices de Lima se incrementen. Aunque los índices de la capital estén aumentando con personas que no son habitantes de esos lugares, el problema sigue siendo una falla en la política pública nacional, primero porque las mujeres no deberían de morir

y tendrían que ser atendidas en sus lugares de origen (o los más cercanos a ellas) y segundo porque Lima tiene la infraestructura mejor del país. Muchas de estas malas referencias es por lo que se comenta a continuación: la negación de la atención médica.

El segundo factor, como lo comenta Olea (2016) y Vigo (2016) en las entrevistas, es la negación del servicio de atención debido a la forma en la que se costea el sistema de salud público de Perú. Olea (2016), quien es presidenta del directorio del Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, explica este sistema, al que lo cataloga de “perverso”, debido a la selección de los casos de atención por los médicos y los establecimientos de salud: “la legislación es muy perversa, el SIS<sup>7</sup> tiene toda una serie, en ese lenguaje se llama *ocurrencias* que cubre. Hay algunas que son discutibles, qué pasa, tú puedes como establecimiento de salud decir si está o no cubierto, pero si el Ministerio opina que no, no te devuelven el dinero, a eso me refiero *que es muy perverso*, ¿por qué optan los médicos y todos los demás?, *que sea obvio*, que vas con el brazo partido eso no es ninguna discusión, eso está cubierto por el Seguro Integral de Salud” (Olea, comunicación personal, 2016).

En la entrevista, Vigo (2016), quien fuera Ex Coordinador General del Programa Par Salud, lo profundiza de la siguiente manera:

“Tú puedes atender 50 pacientes que te van a pagar 22 ó 23, es una queja, cosa constante de los establecimientos *no me pagan la cantidad que debe*, entonces claro cuando tú ves un paciente así la administración del hospital dice *bueno, este es un paciente que al final debe de costar la cantidad de 5000, 6000 soles, todo lo que le vamos a colocar y el MINSA le va a reconocer 400 dls., mejor ¿sabes qué? ponla en una ambulancia y llévala a que se muera*, y se muere en el camino. Y eso está pasando bastante, por eso la muerte materna está pasando en Lima, claro y está pasando por factores humanos y eso también es un problema, no están atendiendo, el establecimiento siente que es el dinero que pierde y ese dinero que pierde luego no lo puede recuperar, somos un sistema público finalmente, lo que yo gasto me lo tienen que devolver, el Estado me lo tiene que dar y el Estado te dice *no te voy a pagar por esto*, porque el recurso humano que tenía que haberte pagado, entonces no tengo como comprar insumos, me desabastezco y lo pierdo, es por el

---

<sup>7</sup> SIS: Sistema Integral de Salud

Estado, pagan poco, es desesperante” (Vigo, comunicación personal, 2016).

La reposición del dinero por parte del Estado hacia los hospitales, hace que haya una selección de pacientes y si el paciente es muy caro para el establecimiento, lo dejan sin atender. A las mujeres les es negada la atención en una primera y segunda instancia, llegando hasta a una tercera al borde de la muerte, para ser remitidas a morir a otro lugar. Esto también está relacionado con la falta de atención médica. Hay ejemplos de países como en México que la mujer no es atendida en el primer hospital y a veces recorre hasta 5 hospitales en busca de atención antes de morir (CONEVAL, 2012: 40). En Perú, convendría hacer estudios sobre cuántos hospitales tiene que recorrer una mujer embarazada antes de morir por no haber recibido atención médica en ninguno.

El tercer factor, Tantaleán (2016), quien es el presidente del Centro de Promoción Familiar y Reconocimiento Natural de la Fertilidad, sostiene que tiene que ver con la capacidad resolutive y la falta de oferta hospitalaria, si bien Perú creció en establecimientos pequeños como postas médicas (en el área rural) y clínicas (en áreas rurales y urbanas), no creció en el área de Lima en hospitales grandes para resolver complicaciones severas, estos hospitales siguen siendo los mismos desde hace años:

“¿Cuál es el gran problema? ¿Por qué es que no disminuye la muerte materna en Perú? Por una limitación en el acceso. Nosotros tenemos a nivel de salud específico, primer nivel de atención, segundo nivel y tercer nivel. Según recomendaciones de la OMS, el primer nivel de atención debe resolver el 85% de los casos, los problemas comunes, refriados, diarreas, hepatitis, en el ambulatorio. En segundo nivel de atención que están comprendidos por los hospitales de referencia regionales debieran de responder a un 10% de la patología, y el tercer nivel de atención a los centros especializados; sin embargo, si bien esto es cierto, cuando hablamos propiamente de la atención del parto, si bien es fisiológico, cuando se complica es una emergencia, en cualquier país desarrollado, el parto se atiende en hospital, no en un centro de salud, no en una posta y menos en su casa; en cambio en el Perú durante los últimos años no ha habido un crecimiento importante en lo que es la oferta hospitalaria, tal es así que a la fecha por ejemplo, los hospitales más grandes del ministerio de salud los emblemáticos siguen siendo Hospital 2 de mayo y



el Hospital Unanue que datan de la época de 1921, y el 2 de mayo es más antiguo todavía es decir, la gran oferta hospitalaria del sector público son hospitales que ya van a cumplir sus 100 años de vida y no hay otro que sea más grande”. (Tantaleán, comunicación personal, 2016)

El problema que muestra Tantaleán (2016), además de la falta de crecimiento en infraestructura, es un fenómeno que también se ha visto en México: “la mayor parte de las muertes ocurre en el segundo nivel de atención” y que “al segundo nivel pareciera que acuden las mujeres sin referencia ni apoyo en el traslado, incluso en los casos de emergencia obstétrica. Por lo anterior, existe una clara desvinculación entre el primero y el segundo nivel de atención” (CONEVAL, 2012: 18), esto debido a que “la fragmentación del sistema de salud han impedido que todas las mujeres accedan a servicios de salud de la misma calidad” (CONEVAL, 2012: 11), es decir, no hay coordinación entre las instituciones de salud en caso de emergencias, no hay apoyo ni comunicación entre los mismos, y no todos los hospitales son iguales (en la calidad de atención y los servicios).

Cabe señalar que los principales problemas en el servicio de salud en muchos países son esta fragmentación y la segmentación y antes de avanzar, conviene aclarar dichos conceptos. La Organización Panamericana de la Salud (2007) define los dos conceptos a continuación:

Fragmentación: “la coexistencia de varias unidades o establecimientos no integrados dentro de la red sanitaria asistencial. La presencia de numerosos agentes de salud que operan en forma desintegrada no permite la adecuada normalización de los contenidos, la calidad y el costo de la atención, y conduce a la formación de redes de provisión de servicios que no funcionan de manera coordinada, coherente o sinérgica, sino que tienden a ignorarse o competir entre sí, lo que genera incrementos en los costos de transacción y promueve una asignación ineficiente de los recursos en el sistema como un todo”. Organización Panamericana de la Salud (2007: 319)

Segmentación: “la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión de servicios de salud, cada uno de ellos *especializado* en diferentes segmentos de la población de acuerdo con su inserción laboral, nivel de ingreso,

capacidad de pago y posición social. Este tipo de organización institucional consolida y profundiza la inequidad en el acceso a la atención de salud entre los diferentes grupos de población. En términos organizativos, coexisten una o varias entidades públicas (dependiendo del grado de descentralización o desconcentración), la seguridad social (representada por una o varias entidades), y diversos financiadores/aseguradores y proveedores privados de servicios (dependiendo del grado de introducción de mecanismos de mercado y de gestión empresarial durante las reformas sectoriales de las décadas de 1980 y 1990)". Organización Panamericana de la Salud (2007: 319)

Tanto la fragmentación como la segmentación profundizan las inequidades en el acceso a servicios de salud para la población de los países y por consecuencia abre las brechas de pobreza pues para Yamin (2003), el acceso a los servicios médicos en Perú es diferenciado por la misma fragmentación social que existe en el país, donde además hay estructuras de poder basados en clase y etnicidad (Yamin, 2003: 291).

Así mismo también el problema de la segmentación (definido anteriormente) causa la mortalidad materna, con los prestadores de servicios de salud de carácter privado que le hacen competencia a los niveles estatales: "qué hace un médico si va una mujer y le dice hágame cesárea, si usted no me la hace me voy a la esquina a donde el otro y eso tiene secuelas de morbilidad y mortalidad" (Tavera, comunicación personal, 2016).

Otro problema que se ha presentado en Perú es el alto índice de las cesáreas, las cuales se practican a veces sin ninguna necesidad y ponen en peligro la vida del bebé y de la madre, convirtiéndose en una práctica común que raya en el abuso de las mismas. Alonso y Gerard (2009) comentan lo siguiente:

"La Organización Mundial de la Salud sostiene que no hay ninguna justificación para que se mantenga una tasa de cesárea mayor a 15%. Existen pocos países donde esta recomendación se respeta. Japón, Holanda y los países escandinavos son los únicos casos que sostienen tasas iguales o menores a este porcentaje recomendado. En todos ellos, son parteras profesionales las que atienden hasta 80% de los partos, y el parto en casa con personal calificado es una experiencia no sólo viable, sino financiada por el Estado". (Alonso y Gerard, 2009: 98)

En México, por ejemplo, un estudio realizado se encontró que las tasas de cesárea en los hospitales de la Secretaría de Salud conducían a tasas de mortalidad más alta entre la población: “las madres que dan a luz por cesárea en los hospitales de la SSA tienen una tasa de mortalidad mucho más alta que los que están en los hospitales del Sector Salud” (Eng, 2004 b).

Existen los problemas de fragmentación del sistema. El primero es entre la misma red de hospitales del mismo sistema de salud prestado por el Estado, que en realidad se convierten en un problema de “malas referencias”, al no tener la infraestructura necesaria para la atención de todos los pacientes, como argumenta en una de las entrevistas, la Decana del Colegio de Obstetra del Perú:

“Hay una serie de embudos que se van a hacer, por ejemplo yo encuentro a una mujer en el primer nivel de atención, que tiene una complicación mi obligación es mandarla al mayor nivel de atención para que la atiendan ,el nivel de mayor resolución para que la señora vaya de aquí de este hospitalito pequeño al hospital grande hace unas referencias, pero no puede ir allá hasta que de allá no contesten que la aceptaron y mientras dicen *no hay consulta, no hay consulta, no hay consulta*, la mujer ya se pasó dos semanas sin que la atiendan aquí en el origen y tampoco la reciben allá porque están muy ocupados, cuando llegue ya va a estar muy complicada” (Quiñones, comunicación personal, 2016)

Lo anterior citado por Quiñones, refleja la saturación de los servicios en el segundo nivel de atención “lo que hace que las mujeres sean dadas de alta a pesar de tener un diagnóstico de alto riesgo” (CONEVAL, 2012: 18), así como la falta de habilidades del personal que están en el primer y segundo nivel de atención médica, ya que en esos niveles de atención médica se encuentran “técnicos de enfermería” o “practicantes de medicina”, como lo sugiere en una entrevista una investigadora francesa especialista en cuestiones de salud reproductiva: “En la medida los médicos ginecólogos o los practicantes son los que realizan la labor, los que todavía no terminan la carrera” (Bretin, comunicación personal, 2016) o el médico director del ParSalud que cuando las mujeres llegan con una emergencia obstétrica “la mayoría ahí encontraba técnicas de enfermería no profesionales que no sabían qué hacer con ella” (Vigo, comunicación personal, 2016).

No se sigue las recomendaciones de los organismos internacionales los cuales sugieren que para acabar con la mortalidad materna es indispensable la atención de

las mujeres por personal profesional, entrenado y capacitado, en específico “tener acceso al cuidado de personal entrenado al momento del parto” (Eslava, 210: 193).

La falta de atención médica no solamente se da cuando la mujer es rechazada por el servicio, también se da en contextos en que los propios hospitales y clínicas no cuentan con la infraestructura, insumos y personal médico para la atención: “muchas de las causas se relacionan con la falta de acceso a servicios de salud y de calidad, que se asocian con costos de la atención médica, de deficiencias en los insumos y equipos, y la falta de personal capacitado. Dicha falta de personal capacitado, también se debe al problema del éxodo de profesionales de la salud que se ha dado en Perú en los últimos años (Sánchez, 2013: 44 y 48), así como el elevado índice de rotación de las obstetras y una diferencia salarial entre las personas que trabajan en áreas rurales contra las urbanas, donde se paga la mitad (PARSALUD, 2008: 19-20).

Además también existe una deficiencia y falta de calidad de la atención como un problema que solucionar, también está el de los hospitales que necesitan contratar a especialistas y personal capacitado para que estén día y noche y que siempre haya bancos de sangre y sus derivados a la disponibilidad, “así mismo, existen barreras estructurales como las leyes, políticas y prácticas que perpetúan la discriminación contra las mujeres en el ámbito social, económico y familiar” (GIRE, 2013: 99).

Conviene sin embargo, insistir en que la mortalidad materna tiene un gran componente y causa de las condiciones en la atención médica, como lo explica Rousseau (2007):

“Que una mujer dé a luz en un establecimiento público de salud no implica necesariamente que ella será adecuadamente atendida, dado que una proporción significativa de dichos establecimientos no están preparados para procedimientos de emergencia ni están dotados tampoco de personal entrenado ni del equipamiento médico necesario. La distancia geográfica de las instalaciones de salud y las barreras económicas y culturales, son también temas claves a considerar” (Rousseau, 2007: 318).

El cuarto factor puede ser algo que todavía no se ha estudiado, ni que los expertos señalaron. Aunque no existen más estudios sobre el tema de por qué en Lima ha aumentado la muerte materna, quizás el caso se podría comparar con el de México, su capital (la ciudad de México) y su región más desarrollada (el Estado de México, aledaña a la capital). Ballesté (citado en Romero *et al*, 2010), destaca que en México

DF a pesar de que posee una gran cantidad de servicios médicos tiene una tasa elevada de mortalidad, pues “no basta con garantizar la presencia de servicios de salud, sino que éstos deben brindar una atención oportuna y de calidad” (Romero *et al*, 2010: 45). Para el Estado de México, en un estudio realizado por Karam *et al* (2007) se discuten que a pesar de que es el segundo estado con mayor PIB en el país y con más gineco-obstetras, también es uno con más muertes maternas. Los investigadores sostienen que esto se debe a otras causas distintas a las médicas, a los que ellos clasifican como “aspectos sociales” (otros determinantes de la mortalidad materna) tales como: “los bajos niveles socio-económicos en que se encontraban las mujeres que fallecieron son un determinante fundamental, dado que limitan el acceso a la educación, a fuentes de ingreso, a una buena alimentación y a servicios médicos asistenciales, entre otros aspectos, lo cual repercute en la capacidad de decisión de las mujeres con respecto a su salud” (Karam *et al*, 2007: 205), así mismo en otro estudio también hecho en Morelos, México sobre la muerte hospitalaria se comparó dos grupos de mujeres que presentaron las mismas complicaciones, sin embargo un grupo murió y otro sobrevivió (35 casos por cada grupo). Se tiene que “Las mujeres que presentaron muerte materna contaban mayormente con malas condiciones de vivienda, baja escolaridad y con seguridad social, en comparación con aquellas que sobrevivieron al embarazo. La presencia de la pareja fue un factor considerable para evitar la mortalidad materna” (Chávez, 2010: 70).

En resumen, la situación de la mortalidad materna en lugares donde se suponía que estaba controlada o que no debería de pasar por contar con la infraestructura adecuada, como Lima, la capital del país, hay primero “un mal sistema de referencias debido a la fragmentación y segmentación del sistema”, segundo “sistemas perversos por no existir reposición del dinero invertido en pacientes”, tercero “no hay crecimiento de infraestructura” y cuarto “problema de capacidades” de las mujeres.

Esto nos remite de nuevo al tema de las capacidades y la exclusión del desarrollo.

Para entender mejor lo anterior, es necesario repasar las políticas de salud materna, sexual y reproductiva que Perú desarrolló e implementó durante los años de los ODM.

### **3.4.2 Políticas de salud materna implementadas en el Perú de 1990 a 2015**

A continuación en este apartado, se pretende hacer un repaso y análisis, de las políticas de salud materna en el Perú de 1990 a 2015. Se hace un repaso porque precisamente 25 años es un periodo de tiempo sumamente largo, pero ese tiempo fue la delimitación que dieron los países para cumplir los Objetivos del Milenio. Analizar qué se hizo durante todos esos años resultaría en varias tesis, por lo que se optó por mencionar las políticas y sus principales logros. Se enfocó más en los programas Proyecto 2000 y ParSalud.

Los criterios de selección de estos programas principalmente fueron: 1) mayor disponibilidad de información sobre ellos, 2) la influencia que estos programas tuvieron en la disminución de la mortalidad materna, ya que de los 11 entrevistados en Perú para propósitos de esta tesis, todos coincidieron en que las incorporaciones interculturales disminuyeron la mortalidad materna así como la ampliación de la capacidad institucional. Aunque algunos no mencionaron los nombres de los programas, solo la “capacidad o variable” que logró la disminución, Proyecto 2000 fue el programa en el que se aplicaron partos adecuados a la cultura (sobre todo en la región andina donde la mortalidad materna era más alta) y ParSalud fue el programa donde se amplió la capacidad institucional al construir y equipar clínicas en los lugares más alejados (donde también la mortalidad materna era muy alta). Todo esto se explica a detalle en la descripción y logros de dichos programas.

La disminución de la mortalidad materna en el Perú se debió, entre otras cosas, al incremento en el parto institucional. En Perú, en el año 2012 fue del 60%, lo cual Del Carpio (2013) lo atribuye a una serie de mejoras en la atención como la capacidad de resolución, la interculturalidad (parto vertical), casas de espera materna y Seguro Integral de Salud (Del Carpio, 2013: 463). Todas ellas fueron políticas de salud que el gobierno peruano implementó a través del tiempo, todo esto se recuenta, de manera histórica a continuación.

Sobre las políticas públicas implementadas en Perú, Iguiñiz-Romero y Palomino (2012), afirman que el país “ha reducido su radio de mortalidad materna de 318 muertes por 100,000 nacidos vivos en 1980 a 298 en 1990 y 173 en 2000” (Iguiñiz-Romero y Palomino, 2012: 174). Según el Banco Mundial, para el 2015 esta tasa se encontraba

en 68 muertes<sup>8</sup> (Banco Mundial, 2015). Esto nos indica que desde el año 2000 que se trataron de cumplir con los ODM, Perú redujo sus índices en más de la mitad gracias a una serie de medidas y políticas públicas que iniciaron desde la época de Fujimori, tiempo donde se le dio más impulso, ya que durante la crisis de los 80 había disminuido la capacidad del Estado para otorgar servicios de salud (Iguiñiz-Romero y Palomino, 2012:176).

Para Rousseau (2007), las políticas de salud reproductiva (sobre todo en cuestión de planificación familiar), fueron implementadas por presiones de Estados Unidos, el cual consideraba un área prioritaria para su seguridad (Rousseau, 2007: 318), como manera de controlar el crecimiento de la población en América Latina. No obstante, para el gobierno peruano, representaba una ventana al desarrollo y al combate a la pobreza, ya que mediante el control de la población se buscaba “contribuir a alcanzar una tasa de crecimiento poblacional que permitiría al país llegar a los niveles de desarrollo”, sin tomar en cuenta la igualdad de género o la libertad de las mujeres (Rousseau, 2007: 319). Se concentraron esfuerzos en la mortalidad materna porque según Yamin (2013) “la muerte materna- con todas sus características raciales, étnicas y de género- se había convertido en un símbolo y en un obstáculo para el logro de la imagen objetivo de la modernización del Estado” (Yamin, 2003: 145). Las políticas nacionales de salud fueron adoptadas para dar cumplimiento a esto: “En 1990, la dirección sobre la política nacional de salud y las prioridades en Perú, fueron definidas por el Presidente y la Presidenta del Consejo Ministerial, mayormente en respuesta a la presión nacional e internacional para alcanzar metas específicas de salud reproductiva. Esto comenzó a cambiar en el 2000 con las organizaciones de la sociedad civil, partidos políticos y el Acuerdo Nacional para la Lucha contra la pobreza y el desarrollo del Plan Nacional Centrado en Salud” (Iguiñiz-Romero y Palomino, 2012:179).

Durante esa época, en el Fujimorismo, surgió una fuerte descentralización y reformas al sector salud para ampliar la cobertura: “en la década del 90, las políticas de salud en el Perú fueron formuladas con base a la reforma del Sistema de Salud, a través de la regionalización y descentralización como estrategia para lograr mudanzas en el país, planteando la reorientación del modelo de atención para lograr una mejor

---

<sup>8</sup> Aunque existen datos para el 2018, hay que recordar que la tesis se centra en el período de 1990 a 2015, que fue el tiempo enmarcado por los Objetivos del Milenio.

atención con mayor cobertura de la población” (Estrada y Godoy, 1996b: 212). En este sentido hubo un “nuevo modelo de las reformas, en el que se focalizó la atención a las mujeres rurales pobres en áreas con altos niveles de mortalidad materna. En otras palabras, una mitigación sin abordar ninguna de las inequidades subyacentes” (Yamin, 2003: 33). Aunque fue un acierto que el nuevo modelo se concentrara en las regiones más abandonadas y con más carencias, no se abordaron las causas para acabar con esas carencias que venían atrasando a la población y causando la mortalidad materna: Perú seguía como un país pobre con crisis económicas, con el problema del terrorismo de Sendero Luminoso (guerra civil) que desplazó a muchas campesinos que dejaron los lugares donde habitaban. Perú tenía poca población y las políticas implementadas trataban que esta disminuyera.

Durante el mandato de Fujimori, el sector de salud (y en específico la relacionada con la salud reproductiva), siguió los lineamientos del Banco Mundial y otras instituciones internacionales o de otros países, y esta se dio mediante dos aproximaciones: la primera fue que “en el sistema de salud pública, había un limitado servicio de maternidad en las facilidades de salud del país. Al mismo tiempo, programas verticales de planeación familiar y de salud materno-infantil se realizaron, concentrándose en regiones específicas y grupos que vivían en extrema pobreza y trabajando desde un enfoque de arriba hacia abajo” (Iguñiz-Romero y Palomino, 2012: 175) y la segunda como lo señala Yamin (2003): “A pesar del hecho de que es importante ofrecer protección a las poblaciones más vulnerables y desprotegidas, las que a menudo incluyen a las mujeres, en los años 90 esta estrategia de focalización aceptó un sistema de dos niveles para la asistencia médica, incluyendo cuidados obstétricos, y armó un discurso público de mortalidad materna como un problema meramente de las mujeres rurales pobres que sería resuelto provisionalmente y el cual tuvo el efecto de abrir aún más las grietas en la sociedad peruana” (Yamin, 2003: 34). Para Yamin, las reformas estuvieron desconectadas una de la otra, fue imparcial, improvisada y discontinua, con préstamos del Banco Mundial, del BID (Banco Interamericano de Desarrollo) o del USAID (United States Agency for International Development) desconectados del MINSA (Ministerio de Salud); estas ayudas ampliaron la infraestructura sanitaria del Perú al construir establecimientos de atención primaria donde no se tenía acceso por el conflicto civil y el colapso del sector salud (Yamin, 2003: 34-35). Hubo un éxodo de profesionales de la salud de los lugares atacados por la violencia y a la par que empiezan a construir establecimientos,



“comienzan a colocarse recursos humanos que había huido por la violencia” (Vigo, comunicación personal, 2016), sobre todo en “la sierra central y sur de los Andes, particularmente Ayacucho, fue la región más afectada por la violencia política, lo que tuvo serias repercusiones tanto para la salud inmediata de la población, como sobre la infraestructura de atención” (Yamin, 2003: 92).

Gracias a las iniciativas del cuidado de la maternidad, se construyeron más cosas que sirvieron para otros propósitos, pues si una clínica está dotada con banco de sangre para atención a las hemorragias puede realizar intervenciones quirúrgicas si también hay un quirófano para practicar cesárea (en la que se necesita un anestesista): “Para ofrecer cesáreas, aparte de bancos de sangre y otros factores, se necesita personal médico entrenado en el procedimiento, así como personal capacitado, equipado y autorizado para aplicar anestesia” (Yamin, 2003: 199), es decir, el tener clínicas que puedan resolver intervenciones para frenar hemorragias e intervenir quirúrgicamente puedes resolver todo lo demás, porque como lo dice Vigo (2016) que la “muerte materna es un indicador de estado de servicios y estado de emergencia, porque de la muerte materna, si tú no puedes resolver una muerte materna no vas a resolver una fractura, no vas a resolver un problema, cualquier otro problema no lo resuelves” (Vigo, comunicación personal, 2016).

Muchos de los lugares donde se construyó y equipó para estar preparados para las emergencias obstétricas, se cumplieron dos objetivos pues al mejorar la capacidad resolutive del establecimiento, se pueden resolver otros problemas para atender a otros pacientes (Yamin, 2003:154). Además, los beneficios se extienden a más allá de eso pues “desde que se inició la inversión en infraestructura económica y social en 1992, el sector Salud se vio favorecido mediante la construcción de postas médicas, pero sobre todo de la dotación de servicios de electricidad, agua, teléfono y carreteras, que obviamente tienen repercusiones en el mejoramiento de la posibilidad de llegar a los Cuidados Obstétricos de Emergencia en el momento oportuno” (Yamin, 2003: 137), como lo dicen Masumura (2016), Vigo (2016) y Tavera (2016) en las entrevistas: no todo se ha debido a la intervención del gobierno en equipar al país con infraestructura de salud, sino a que también ha habido un incremento de otra clase de infraestructura como vías y medios de comunicación (carreteras, teléfonos, etc.).

Esto es comparable con un estudio hecho por Yamin (2003) para el Perú (citado en Rousseau 2007), que da como resultado que no sólo las zonas rurales, donde no hay hospitales, tienen la mayor mortalidad necesariamente, ya que se supone que los

hospitales son los que están preparados y equipados para las emergencias, el 32.5% de las muertes ocurrían en hospitales públicos (Rousseau, 2007: 318). Así mismo, en Perú, el 87% de las muertes maternas ocurrió en mujeres que vivían a menos de 30 minutos del hospital o centro de salud; 39% había buscado ayuda en otro proveedor de salud antes de acudir al establecimiento, donde finalmente fallecieron” (Yamin, 2003: 202), por lo que no necesariamente la distancia representa un factor que influye en la mortalidad materna, sino que se debía a otras causas: “Perú las mujeres no se están muriendo porque recorren grandes distancias y que llegan muy graves porque ya no pueden ser salvadas, sino por una distancia de inaccesibilidad cultural o falta de capacidad resolutive (que incluye la aptitud del personal de salud) (Yamin, 2003: 203).

Como se puede observar, la mortalidad materna no es exclusiva de las zonas rurales, también causa estragos en las zonas urbanas: “En el caso de la muerte directamente relacionada a la distancia entre el hogar de la mujer y los centros de cuidado de la salud, no es sólo las instituciones de salud las que deben ser examinados, sino otros factores como infraestructura, transporte y servicios sociales” (Gil *et al*, 2006: 907).

Fujimori estuvo 10 años en el poder (de 1990 al 2000), e implementó una serie de programas. Dichos programas se resumen a continuación:

- Programa Nacional de Planeación Familiar (1992-1997) que daba acceso a anticonceptivos modernos pero terminó por promover la esterilización lo cual presentó un problema de violación a los derechos de las mujeres quienes carecían de información para tomar la decisión (Iguiñiz-Romero y Palomino, 2012:176).
- Programa Nacional de Salud Materna y Perinatal (1992-2000) que inició como un subcomponente del Programa de Planeación Familiar y se enfocó en incrementar la cobertura para el alumbramiento institucional o en casa con personal de salud (Iguiñiz-Romero y Palomino, 2012:176). Este programa tuvo el apoyo de la OPS/OMS, UNICEF y USAID.
- Programa Básico de Salud y Nutrición (1994-2000), inicialmente se enfocó en la nutrición materna e infantil y el cuidado pre y posnatal. Enfatizó en la educación y la prevención de la población, en entrenar a las parteras y en tomar medidas higiénicas para el alumbramiento e incrementar las facilidades para el cuidado de la salud (Iguiñiz-Romero y Palomino, 2012:176). Este programa, que también

se enfocó en la planificación familiar, fue financiado parcialmente por el Banco Mundial y contó con un presupuesto de US\$44.5 millones (Yamin, 2003: 137).

Esto nos muestra que Perú no siguió una sola política pública, sino implementó varias durante un mismo periodo de gobierno (el de Fujimori) sino que fueron diversos programas implementados, muchos de ellos se quitaban y ponían de acuerdo al cambio de gobierno y a las demandas de la población o a las presiones internacionales. Aunque no hubo continuidad, se logró la meta.

- Proyecto 2000 (1995-2000) con \$60 millones financiados por USAID cuyo objetivo era reducir la mortalidad materna a través del acceso a las emergencias obstétricas, pero esto operó sólo en la mitad de las regiones de Perú (Iguñiz-Romero y Palomino, 2012:176).

El financiamiento otorgado por USAID fue de \$126 millones para el Proyecto 2000, entre 1994 y 1998 (Yamin, 2003: 121). Desde finales de 1996 el programa estuvo presente en 89 hospitales y clínicas de salud de 12 departamentos del país (Seclén-Palacín *et al* 422: 2003), aunque Yamin (2003) maneja la cifra de 18 hospitales y 71 centros de salud (Yamin, 2003: 140). Los resultados que tuvieron fueron que las mujeres que participaron en este programa recibieron educación sobre signos de alarma durante el embarazo y atención hospitalaria en un estudio realizado por el mismo proyecto, “se encontró que para el caso de fiebre, sangrado vaginal y edema de pies/manos, había un conocimiento significativamente mayor en las zonas intervenidas por el Proyecto 2000” (Yamin, 2003: 268), de la misma manera “el proveedor de servicios establecía eslabones comunicaciones con las usuarias durante la consulta prenatal y las visitas domiciliarias; proporcionando orientaciones a las gestantes sobre autocuidado de la salud, reconocimiento precoz de signos de alarma, consejos nutricionales, orientaciones psicoafectivas, cuidados del bebé, entre otros” (Seclén-Palacín *et al* 433: 2003). El estudio realizado por Seclén-Palacín *et al* (2003), también concluyó con la importancia de la correlación entre el grado de nivel educativo y socioeconómico con el conocimiento en salud para utilizar los servicios obstétricos, así como las actitudes en la utilización de los servicios de salud y la mejora en la calidad de los mismos, sobre todo en lugares con pobreza (Seclén-Palacín *et al* 433-434: 2003). Así mismo en la entrevista, para Choque (2016), quien fungió como ex consultor para el Ministerio de Salud y ex director regional de promoción y desarrollo de

Huancavelica, esa es precisamente una de las fallas de la política pública del Proyecto 2000, el desconocimiento de los signos de alarma, además de la falta de empoderamiento y la calidad de los servicios que se ofrecen:

“De las áreas por mejorar ahorita está se tiene que trabajar mucho con las mamás para empoderarlas para que reconozcan los signos de alarma y acudan al servicio de salud y acudan también a este tipo de parto vertical u otras formas de salud, ese es un tema y el otro es la calidad de los servicios de salud, la calidad es muy deficiente, eso se tiene que mejorar definitivamente, por ejemplo, el tiempo de espera en los servicios de salud son 3 cuatro horas dos tres días si tú eres una campesina que viene a atenderte al pueblo y te tienes que esperar dos tres días o te dicen que la ecografía el equipo no está funcionando pero tú has venido 3 días caminando y 3 días para volver, son cosas que se tienen que mejorar” (Choque, comunicación personal, 2016).

En países como Holanda o Inglaterra se realizan visitas domiciliarias a las embarazadas. Muchas mujeres dejan a un lado su salud porque tienen que atender otras obligaciones, tanto laborales como de la familia, por lo que las visitas domiciliarias deberían de ser parte importante de los programas de salud peruanos. Para esto las Casas de Espera han servido en las zonas rurales, sin embargo no existe ninguna alternativa para las zonas urbanas, entonces una de las fallas en la política pública es esa: las personas que vienen de áreas rurales a atenderse ya sea de un parto normal o de emergencia por una complicación médica implica que ni ellas ni sus familiares tienen posibilidad permanecer sin erogar fuertes sumas de dinero.

Dichas casas de salud (también conocidas como casas de espera o casas maternas), en Perú datan de 1998. Se implantaron en Huánuco (una ciudad peruana) coordinadas por el Ministerio de Salud y la UNICEF, que además sirvieron para preservar las costumbres del parto usados por las comunidades indígenas. Esto no estuvo exento de recibir críticas, como por ejemplo la siguiente: “la decisión del sistema sanitario de incorporar el parto vertical no parece haberse originado en reclamos políticos de los actores sociales involucrados (de influencia apenas incipiente en el país en esos años), sino de un intento por alcanzar metas de salud pública y como forma de acción afirmativa surgida del Estado en respuesta a las críticas a los enfoques de desarrollo que dejaban de lado las perspectivas culturales. Estas críticas se veían en

gran medida potenciadas por los reclamos identitarios cada vez más frecuentes en los debates políticos y académicos tanto regionales como internacionales” (Nureña, 2009: 372-373).

En cuanto a las barreras económicas con la gratuidad del servicio y las geográficas con las “casas de espera materna” se incluyeron en el 2004 entre las normas y protocolos nacionales de las políticas de salud del Perú (Iguiñiz-Romero y Palomino, 2012:180). Para Kuruvilla *et al* (2014), “las casas de espera” las califica como una iniciativa de “liderazgo y asociación” donde “los actores de la sociedad juegan un rol en mejorar la salud materna compensando los recursos limitados del gobierno” (Kuruvilla *et al*, 2014: 537). El ejemplo de “Casa materna” en Perú interactúan las comunidades y los proveedores de servicio. Lo cual puede ser un factor interno del país, que contribuyó a la baja en la mortalidad. Para Nureña (2009) la disminución de los índices de mortalidad materna se debió a “la adecuación cultural de los servicios, la implementación del parto vertical y el trabajo de las casas de espera” (Nureña, 2009: 374). Las casas de espera están equipadas con cocina y espacios para que los hijos y las familias de las mujeres que van a dar a luz se queden a dormir ahí (Pinedo, comunicación personal, 2016), incluso hay espacio para que se traigan a sus animales (Tantaleán, comunicación personal, 2016), ya que muchas de las veces las mujeres de la Sierra, no querían ir a los establecimientos de salud porque no tenían donde dejar a sus hijos y a sus ovejas, así mismo por la distancia tan grande del lugar donde vivían hacia el centro de salud. No obstante para Yamin (2003) las casas de espera funcionaron en unas regiones pero en otras no porque se usaban para las personas que presentaban complicaciones y éstas eran difíciles de predecir en muchos de los casos (Yamin, 2003: 276). Las casas de espera fueron un fracaso en la selva, como lo relató Tavera (2016) y de acuerdo a Vigo (2016), las casas de espera en general no sirvieron para su propósito de salvar a las que tenían partos problemáticos, a pesar de los muchos millones invertidos: “en términos reales no tiene que ver directamente con la muerte materna, porque buena parte de las personas que se quedan en las casa materna no tienen problemas, entonces tú vas a mirar, cuantas de las que se quedan en la casa materna tienen problemas, la significancia es ínfima” (Vigo, comunicación personal, 2016). Si en la Sierra la mayor parte de las complicaciones es la hemorragia, esta no se puede predecir, además en la Selva la dispersión de la población y las diferencias culturales en el parto y en el modo de vivienda hacen que la gente no las utilice.

El modelo implementado por el Proyecto, “tuvo un fuerte desarrollo de estrategias comunicacionales entre el proveedor y las usuarias, promovió un intenso trabajo extramural, visitas de captación y seguimiento de gestantes, trabajo con los agentes comunitarios de salud y mejora de las referencias por niveles de atención lo que favoreció una mayor aceptabilidad y continuidad de los servicios” (Seclén-Palacín *et al*, 2003: 433). De hecho eso fue uno de los éxitos del Proyecto 2000, el establecimiento de esa relación proveedor-usuario que además se enfocó en lo siguiente, según lo explica Pinedo (2016), quien fungió como directora ejecutiva de comunicaciones del Proyecto 2000:

“Era fortalecer la relación con los gobiernos locales, regionales, provinciales y a su vez convocar también a los socios estratégicos como las organizaciones sociales de enlace que en ese caso, tú tenías el club de madres, el comité de vigilancia comunal, tenías la red de promotores de salud, la red de vigías escolares. Entonces los gobiernos locales se compraron de alguna forma la idea y empezaron a implementar las políticas públicas en el gobierno local, ¿en qué consistía eso? Que la autoridad local con su equipo que manejaba el tema del enfoque de la madre y el niño, tenían convenios, por decirte un caso, con la policía nacional, entonces un establecimiento de salud, para ponerlo en lo real, identificaba a sus gestantes y las trabajaba por trimestre (la política pública decía que la madre gestante debería de ser captada preferentemente en el primer trimestre de gestación). Eso un poco nos aseguraba de evitar la muerte materna, cumplir con los controles prenatales y asegurar un parto, porque durante todo este control prenatal podríamos identificar el riesgo de la madre y del niño, entonces cuando una madre no acudía a sus controles y ya estaba pronta a tener un parto, el servicio de salud lo comunicaba a la policía” (Pinedo, comunicación personal, 2016).

Lo que se hizo en Perú, fue un acierto de la política pública, que en palabras de Choque (2016), se debe de hacer adecuaciones locales a nivel micro, la política pública no debe de ser rígida, sino debe de adaptarse a las necesidades de la población y a los cambios, siguiendo una línea o el fin para la que fue creada. Proyecto 2000 se

adecuó a la cultura de la gente y además hizo que los gobiernos locales la tomaran como si fuera de ellos, es decir la adoptaron y la adaptaron:

“La adecuación cultural tiene que ser de manera micro local, hay que agarrar a las comunidades, hay que conversar, hay que hacer mucha participación comunitaria, la participación comunitaria es un proceso a través del cual la comunidad reflexiona, analiza y decide, sobre su salud, no es una imposición, pero para que haya participación comunitaria tiene que haber facilitadores que los promuevan y la adecuación cultural para mí es micro, no puedes llevar unas costumbres de un lugar a otro lugar, en una determinada región usan una determinada hierba o una teja para cortar el cordón umbilical, mientras que en el otro lado, en la selva usan los árboles, entonces esta trabajo de la salud intercultural requiere de mucha investigación en cada zona, puedes tu tener zonas, pero tampoco puedes estudiar a cada comunidad” (Choque, comunicación personal, 2016)

- Estrategia Perú Vida (2003). Esta estrategia trataba sobre “el derecho del niño a nacer, la estimulación prenatal, la salud materna y la paternidad responsable, se consideraron como prioridades centrales, en tanto que no se hacía ninguna mención sobre educación sexual para adolescentes, el acceso a anticonceptivos, la atención post-aborto ni sobre violencia familiar” (Rousseau, 2007: 326).

Del Carpio (2013) también señala otros planes de reducción de la mortalidad materna, los cuales fueron los siguientes:

- 1996: Plan de Emergencia para la Reducción de la Muerte Materna.
- 1998: Plan nacional de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal.
- 1998: Comités de Estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal.
- 1999: Plan de Contingencia para la Reducción de la Mortalidad Materna.
- 2008: Programa presupuestal de Salud Materno-Neonatal.

El programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud, PAR SALUD, incidió en las regiones de Amazonas, Ayacucho, Apurímac, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Puno y Ucayali. La geografía de Perú es complicada, entre las montañas de

los Andes y la selva de la Amazonía, dificulta el acceso a servicios de salud. El programa estaba financiado por el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, cuyo objetivo fue apoyar la modernización y la reforma del sistema de salud (PARSALUD, 2008: 3-4). Esto con el fin de descentralizar los servicios, ya que, Perú presenta el problema que muchos de estos lugares indígenas o pobres, carecen de servicios médicos y que son lugares que están ubicados en las zonas rurales. El 20% de la población de Perú está asegurada con EsSalud (trabajadores del estado y trabajadores en el sector formal), el MINSA (Ministerio de Salud) asegura al 75% restante de la población, con lo cual se genera “una duplicación de servicios ofrecida por EsSalud y MINSA en muchas ciudades, mientras que no hay suficientes hospitales o clínicas para atender a la población rural” (Rousseau, 2007: 313).

Según PARSALUD, existían en Perú 2,981 establecimientos dedicados a la salud, de los cuales 38 cumplían con dedicarse a funciones obstétricas y neonatales, de los cuales 8 de manera intensiva; 64 cumplían con funciones obstétricas básicas (PARSALUD, 2008: 11), por esta razón el proyecto se basó en dos cosas: “1) La existencia de un número mínimo de establecimientos con capacidad para resolver las emergencias obstétricas-neonatales básicas y esenciales, 2) La distribución geográfica de estos establecimientos de tal manera de maximizar el acceso físico menor de 2 horas a establecimientos que cumplen las funciones obstétricas. Estos dos elementos configuran lo que se conoce como una red de emergencias obstétricas y neonatales básicas y esenciales” (PARSALUD, 2008: 12), por lo que la importancia de este programa fue que amplió en gran medida la capacidad del gobierno para atender el problema de la mortalidad materna, lo cual impactó en que si se equipaba con este servicio de salud, en teoría se pueden atender otras emergencias porque hay quirófano y banco de sangre, además de médico las 24 horas del día los 365 días a la semana, ya que un parto o una emergencia obstétrica se puede presentar en cualquier momento.

Cabe señalar que las estrategias de dotar al país con centros de salud donde antes no había y además colocar al personal de salud en esas regiones, además de que se expandió la oferta de servicios y se creó una capacidad institucional para solucionar este problema, también, se educó a la población, es decir se creó la demanda que pudiera utilizar estos servicios, pero no sólo eso, sino que se les dio a las mujeres la capacidad de decidir libremente si querían su parto como ellas estaban acostumbradas a llevarlo a cabo, de acuerdo a su cultura. En la entrevista llevada a



cabo a la Directora del centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos, relata que hay una precariedad absoluta en la prestación de servicios médicos por parte del estado peruano, esta es suplida por el mercado y las personas tienen más gasto de bolsillo y esto genera más inequidades en la población y que por esta razón no se ha bajado la mortalidad materna (Chávez, comunicación personal, 2017). Ella, se refería más a la infraestructura, equipamiento (incluyendo insumos como medicinas) que se encuentran desabastecidas en los centros de salud o nunca se han comprado. Mucho de esto se debe a que en Perú los controles de compras del gobierno son estrictos (anteriormente se relató lo perverso del sistema que el Ministerio no les reconoce y regresa el dinero gastado en pacientes a los hospitales) pero también son muy tardados por el tema de la corrupción: “si a algo nosotros le tenemos terror es a la corrupción, a la palabra pues [...] se han hecho sistemas de compra, engorrosísimos, que comprar un bien te puede demorar fácil de 8 a 9 meses, el problema hasta que le encuentres la solución es año y medio” (Vigo, comunicación personal, 2016). Pero no solamente es lo precario de la atención a nivel de infraestructura, equipos e insumo, sino algo más importante, a nivel de la atención dada por los médicos:

“Todavía tenemos severos problemas de calidad en ciertas zonas del país, y esto está asociado a problemas de funcionamiento de los servicios, yo tengo la sensación que hay una crisis de la responsabilidad médica, o sea todavía en el Perú tenemos que invertir más en hospitales, y en capacidad resolutive, pero creo que junto con eso si no tenemos una mejora de la calidad en términos de compromiso y humanidad del profesional no pasa nada, usted puede tener toda la infraestructura, pero si el personal de salud lo que está haciendo es estar corriendo y saliendo y eso se ha agravado en los últimos años en Perú, ¿gracias a qué? Gracias a la economía de libre mercado salvaje, ¿no es cierto? tenemos una economía de libre mercado salvaje donde los sistemas de control y el ser autoridad todavía no funcionan, y es más poderoso el mercado y los intereses individuales, que se pasea la autoridad los controles” (Tavera, comunicación personal, 2016)

Pero más allá de lo que identifica Tavera (2016) de que el personal de salud no presta el servicio porque el mercado los jala hacia el sector privado donde pueden ganar más, Quiñones (2016) relata dos casos de muertes maternas por negligencia

médica: el primero por sepsis puerperal y el segundo por ruptura de membranas (los médicos no quisieron practicar el aborto). Señala que el sistema no castiga la mala praxis, la indiferencia y la negligencia médica:

“En Perú la política pública debería de decir que los casos que sean por negligencia deberían de ser sancionados, no solamente por el poder judicial porque acá solo se preocupan cuando la familia encausa y el poder judicial, pero la institución no los encausa, solamente les hace recomendaciones, se analiza el caso y dice que se equivocaron en ABC, pero en la medida que no es sancionado no corrigen, no, a la otra semana, igual se fueron a dormir...yo creo que la política pública tiene que encarar los temas y afrontar la negligencia en la medida que no la afrontes correctamente, los casos se siguen repitiendo en menos de una semana el señor haciendo lo mismo, llegando 3 horas más tarde a su turno, escabulléndose para irse a otro trabajo y operar, el mismo viernes trabaja aquí y trabaja en otro lado” (Quiñones, comunicación personal, 2016).

En general Tavera (2016) y Quiñones (2016), señalaron la falta de humanidad en la formación de los médicos y por parte del Estado es un problema de acceso a la justicia (GIRE, 2013) para poder resarcir el daño que se hizo con estas malas prácticas.

También se tenía la meta de “Reducir la prevalencia de anemia en gestantes de 41.5 en el año 2005 a 35 en el año 2013” (PARSALUD, 2008: 41). En 9 regiones, el programa realizó una radionovela “Mi derecho a crecer” en lenguas indígenas, 202 distritos contaron con material comunicacional con pertinencia cultural, 5 programas de video, campañas de prácticas saludables (Masumura s/f: 6), además de que se ofrecieron a los estudiantes de medicina pasantías en emergencias obstétricas y parto vertical (Masumura s/f: 14 y 15). El costo estimado del programa 162,383,024 dólares, para ser ejecutado en un período de 5 años (Unidad de Monitoreo y Evaluación, 2012: 1). En las regiones donde operó el programa, se concentraba “el 57% de las gestantes de las zonas rurales y el 52% de las muertes maternas del país” (Unidad de Monitoreo y Evaluación, 2012: 2)

Otro dato importante es que el seguro universal en Perú inició desde 1997, con el fin de proveer servicios a los ciudadanos que de otra forma no podrían acceder a ellos, inició primero para cubrir a todos los niños de las escuelas públicas “Seguro

Escolar Gratuito” (SEG) y después se creó el Seguro Materno-Infantil (SIM) en 1998, el cual “buscaba responder a la necesidad de atender a la provisión de atención médica a niños, madres embarazadas y madres en período de amamantamiento. Este cubría el control del embarazo, parto y atención post-natal” (Rousseau, 2007: 315). Sin embargo, esta acción se creó por iniciativa de agencias donantes extranjeras y debido a la falta de voluntad política durante el gobierno de Fujimori, sólo duró pocos años y cubrió sólo a 18% de la población focalizada (Rousseau, 2007: 315).

Después de creó el Seguro Público de Salud, al cual se incorporaban más servicios que tenían que ver directamente con la salud materna, por ejemplo la planeación familiar y la atención de complicaciones post-aborto; sin embargo esto también duró poco, ya que en el 2001 se volvió a reducir los servicios de salud reproductiva enfocándose sólo a las mujeres embarazadas, a la atención natal y prenatal, embarazadas sin seguro o madres de recién nacidos, por lo que este grupo se consideró clave para los esquemas de salud desde finales de 1990 (Rousseau, 2007: 316).

El asegurar a grandes masas de población pobre a los servicios de salud, en concreto el SIS (Sistema Integral de Salud), sirvió para atender a la población pobre que no tenía manera de pagar por el servicio. Este seguro estaba enfocado en las madres y los hijos: “Dentro del proceso de reforma de los años 90 se planteó el problema materno infantil, que luego se convertiría en el Seguro Integral de Salud con eso tu liberas el problema de la accesibilidad financiera, porque las personas no podían, el parto costaba 30 soles, que en su momento era lo equivalente algo así como 10 -15 dólares” (Vigo, comunicación personal, 2016).

Del Carpio (2016), como respuesta a la entrevista, amplía el comentario anterior de la siguiente manera:

“Para la pobreza tenemos el SIS (Seguro Integral de Salud), que hay un decreto, ahora supremo, que a toda gestante se tiene la obligación de atenderlas en establecimientos de salud, con eso baja la pobreza un poco pero hay mujeres tan pobres y viven tan lejos que ni siquiera tienen para llegar al establecimiento o no tienen con quien dejar a los hijitos, después no saben que ellas tienen derechos, no, porque si fuera educada empoderada, *oye ¿sabes qué? A mí me tiene que atender, yo tengo derecho a que me atiendan*, uno: no tiene educación, después la misma

educación, los factores culturales, el problema geográfico, a cada rato traemos mujeres por este sitio que se está muriendo y vemos como las traen en los helicópteros, porque está bloquea la carretera, tiene problemas los establecimientos, no han crecido a la velocidad de la población, entonces los del IME están abarrotados, que son los que tiene más capacidad, entonces ¿a dónde la derivó?, ¿a dónde la derivó si todos están ocupados? Ese es un problema que tenemos, entonces todas estas causas nos traen los problemas de la mortalidad materna”.

(Del Carpio, comunicación personal, 2016)

Sobre esto, la entrevista a Chávez (2017) resume el comentario de la entrevista a Del Carpio (2016) de la siguiente manera: “no hay que confundir el tema de la salud para todos con el aseguramiento o la carnetización de la persona” (Chávez, comunicación personal, 2017), las personas tienen derecho al SIS pero hay una precariedad en los servicios o en otras palabras, como lo dice Durán (2012) también afirma que “la afiliación no es prueba de cobertura”, los afiliados deben de conocer sus derechos y los servicios de atención deben de ser oportunos (Durán, 2012: 612).

En cierto sentido, esta visión de enfocar la política para evitar las muertes maternas hacia aquellas mujeres que están excluidas del desarrollo tiene sentido y los seguros populares/universales fueron una estrategia para ampliar esa cobertura; sin embargo no es garantía de que las muertes maternas se acaben. Si es cierto que las mujeres pobres y de regiones marginadas son las que mueren más, pero como ya se vio anteriormente en la teoría y en ejemplos internacionales, no sólo los altos índices económicos tienen incidencia en la mortalidad materna, si no la correcta implementación de las políticas.

El problema es que a pesar de la obligatoriedad de atención y de las acciones de los programas, en la práctica, como lo indican las evaluaciones y estudios, pocas veces se sigue, y a pesar de que ya se identificaron los problemas y las áreas de oportunidad, se plantearon soluciones que están estipuladas en papel, las muertes maternas al final siguen siendo el resultado de otras fallas (de la implementación de las políticas o ajenas a ellas).

Las leyes se hacen sin cambiar el contexto en el que se aplicarán (dando por hecho de que con cambiar la ley cambiará inmediatamente todo lo demás), es decir, las causas estructurales del problema de la mortalidad materna como lo puede ser,

entre otras cosas, la edad de las mujeres o la pobreza en la que viven no se soluciona solo ampliando el nivel de atención en caso de emergencias; esto sin contar la ignorancia de los derechos de los asegurados y la discriminación que sufren. Se pretende dar atención a más población con la misma infraestructura y capacidad del sistema de salud peruano, en el cual ya existe saturación, falta de insumos, equipo, personal médico, etc. A pesar de que en los programas se contempla ampliar todo lo anterior.

El aumento de la atención con la misma infraestructura creará sólo cuellos de botella, utilizará a los médicos, practicantes y enfermeras disponibles para atender los partos en lugar de atender otro tipo de enfermedades y urgencias. Esto no solucionará el problema y utilizará mal los recursos. Si se amplía la cobertura sin ampliarse la infraestructura, no tendrá efecto alguno, la atención médica debe de sacarse de los hospitales generales y darse en lugares especiales, como las clínicas de maternidad atendida por matronas (y en su caso, especialistas obstétricos para casos de emergencia).

Sobre la ampliación de la cobertura, Durán (2012) discute que para asegurar la meta de la cobertura universal, se deben de seguir tres principios básicos:

- 1) “El dinero es necesario pero no suficiente para alcanzar la cobertura en salud.
- 2) La afiliación no es prueba de cobertura. La cobertura efectiva debe basarse en evidencias de la resolución de necesidades de salud.
- 3) Existen problemas estructurales y organizacionales que se constituyen en una barrera para lograr la cobertura universal en salud bajo los modelos propuestos en nuestro sistema de salud”. (Durán, 2012: 610)

Sánchez (2013), señala tres momentos históricos en la reducción de la mortalidad materna que fueron más recientes: el primero durante el gobierno de Alejandro Toledo con el “Acuerdo Nacional” y el segundo durante el de Alan García con el “Plan Concertado en Salud”. El “Acuerdo Nacional” buscaba garantizar el pleno acceso a la salud a todos los peruanos (Sánchez, 2013: 30). En cuanto a la salud materna el Ministerio de Salud (MINSA) creó las siguientes estrategias: “i) participación y control ciudadano, ii) adecuación de la estructura del MINSA para ejercer la concertación y conducción sectorial, iii) compromiso de los recursos humanos con los objetivos sectoriales, iv) diálogo sectorial e intersectorial, v) descentralización del sector, vi) reorientación del financiamiento, vii) agenda compartida y concertación con

la cooperación técnica internacional y viii) establecer políticas regionales andinas comunes (Sánchez, 2013: 32).

El segundo momento histórico para Sánchez (2013) tuvo lugar con el “Acuerdo de Partidos Políticos en Salud” donde los representantes de los partidos políticos aprobaron líneas de acción encaminadas a mejorar la salud durante 2006-2011, con énfasis en la salud materna (Sánchez, 2013: 32).

El tercer momento es cuando se desarrolla el “Plan Nacional Concertado de Salud” (PNCS) durante el gobierno de Alan García, en el que tanto Estado en sus tres niveles de gobierno como la Sociedad Civil se comprometieron a trabajar juntos: “este plan constituye un instrumento de gestión y de implementación de las políticas de salud respecto a las prioridades sanitarias del país y de las principales intervenciones que tienen como objetivo mejorar el estado de salud de la población” (Sánchez, 2013: 32) y “planteó sus objetivos y metas de salud en el mediano y largo plazo (2007-2020), ordenando y optimizando los roles de todos los actores del sistema de salud, enmarcando en los ODM, el acuerdo nacional y el consenso de partidos políticos en salud” (Sánchez, 2013: 33).

El PNCS se concentraba en lo siguiente: “i) atención integral de salud a la mujer y el niño privilegiando las acciones de promoción y prevención, ii) vigilancia, prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, iii) aseguramiento universal, iv) mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad, v) desarrollo de los recursos humanos, vi) medicamentos de calidad para todos/as, vii) financiamiento en función de resultados, viii) desarrollo de la rectoría del sistema de salud, entre otros” (Sánchez, 2013: 33).

En la Política Nacional de Salud para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal Aprobada “El Estado Peruano establece la reducción de la mortalidad materna y perinatal como Política Nacional prioritaria para el desarrollo del país; comprometiendo a los tres niveles de gobierno y a todos los sectores a incluir en el diseño y desarrollo de sus planes, acciones contempladas en esta Política” (Ministerio de Salud de Perú, 2009: 48), donde se destaca que debe haber un involucramiento de las autoridades locales y comunales, como se vio anteriormente.

Así mismo el Ministerio estableció lo siguiente: “Plan Nacional estará financiado principalmente con presupuesto asignado a la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud a través de Presupuesto por Resultado

del Programa Estratégico Materno Neonatal, y podrá ser reforzado con otros programas o proyectos como ParSalud, Juntos, etc. así como la participación de otras entidades como agencias de cooperación, que se sumen al objetivo de lograr disminuir la mortalidad materna y perinatal en el Perú” (Ministerio de Salud, 2009: 56). Esto es importante porque un plan que no tiene presupuesto y objetivos, está destinado a fracasar, sólo se convierte en buenas intenciones.

Esto nos indica que para la reducción de la mortalidad materna se hicieron estrategias consensuadas a nivel nacional. Pero el éxito de la reducción de la mortalidad materna en Perú, no sólo se debió a los programas que se implementaron sino también a la presión de la sociedad civil por conocer a detalles, en primer lugar con hacer públicos los índices y la rendición de cuentas. Es fue el “Presupuesto por Resultados”.

Del 2008 al 2014 se puso en marcha el programa de Salud Materno Neonatal. Este programa, tuvo un incremento en el presupuesto, “en recursos humanos de \$69 713 248 a \$218 511 087, materiales e insumos médicos de \$51 446 570 a \$163 575 934, equipamiento de \$7 530 587 a \$23 120 516” (Carbajal, 2015: 834): “En el 2008, el Programa Materno-Infantil se convirtió en uno de los cinco programas estratégicos nacionales incluidos en el financiamiento basado en resultados, mecanismo promovido por el Ministerio de Finanzas. Esto, ofreció al Ministerio de Salud la oportunidad de negociar el presupuesto de salud con el Ministerio de Finanzas, ejemplo, basado en la necesidad de servicios prenatales y emergencias obstétricas, como indicadores de actuación del sector salud y que sus resultados fueran auditables” (Iguñiz-Romero y Palomino, 2012:181). Sin embargo, este no ha sido el único programa que tiene el presupuesto por resultados, sino que viene de años anteriores como lo explica Tavera (2016):

“Los programas estratégicos presupuestales, fueron puestos en el segundo gobierno de Alan García por un grupo de economistas bien interesante, que dijeron, *bueno nosotros queremos dar dinero pero para obtener resultados*, se llama presupuestos por resultados y Perú ha sido un pionero en establecer el presupuesto por resultados. Sé que después ha estado en otros países de la región, pero Perú fue uno de los primeros en el año 2006 y se pusieron en el marco del acuerdo nacional que hubo en el año 2000 que le conté, y que se pusieron con los legisladores que

hacia las encuestas, cada cuatro años se decide tener estos programas estratégicos presupuestales que le den sustento financiero, programático y de resultado y de monitoreo anual, donde las encuestas se vuelven anuales, a los principales temas que afectan la salud de los peruanos y hubo dos prioritarios: la salud materna y neonatal y el otro la desnutrición crónica infantil” (Tavera, comunicación personal, 2016).

De acuerdo a Malajovich *et al* (2012) en Perú varias organizaciones de la sociedad civil presionaron al gobierno para obtener acceso y transparencia en el presupuesto sobre cómo se gasta en aspectos del cuidado materno, publicado en la página de internet del gobierno bajo el presupuesto del Plan Estratégico de Mortalidad Materna (Malajovich *et al*, 2012: 190). Aunque el gobierno no tenía desglosado en los rubros que aparecen a continuación, es uno de los países donde aparece transparentado:

- Presupuesto para métodos anticonceptivos, suplemento de ácido fólico y hierro.
- Presupuestos para capacitar al personal de atención del parto (enfermeras y matronas).
- Presupuesto para el cuidado de emergencia obstétrica (medicina esencial para las emergencias del parto: oxitocina, misoprostol y ergotamina, solución salina y sulfato de magnesio), así como bancos de sangre y equipo de aspirado anual. (Malajovich *et al*, 2012: 187).

En parte, dicha transparencia en la información del gobierno de Perú, se debe en gran medida a que organizaciones internacionales dan el financiamiento para llevar a cabo estos programas, entre los que destacan: UNFPA y la Organización Panamericana de la Salud (Malajovich *et al*, 2012: 186).

De acuerdo a Okonofua (2010), Nigeria, que es un país con las tasas más altas de mortalidad materna en el mundo, ha recibido ayuda internacional para que organizaciones no gubernamentales trabajen en la labor de la disminución. Las donaciones y financiamientos no son suficientes como los mayores determinantes en la disminución de la mortalidad materna, porque lo que realmente repercute son las cuestiones internas. Harrison (2009) (citado por Okonofua, 2010), sugiere que “hay problemas sistemáticos que están relacionados con la gobernanza y la calidad y efectividad de los servicios de salud que necesitan ser abordados desde dentro para



que pueda lograrse una reducción de la mortalidad” (Okonofua, 2010: 9), así mismo también cita a Shiffman y Okonofua (2007) donde ellos indican que “la prioridad política para reducir la mortalidad materna necesita venir de liderazgo político del país si se quiere hacer un progreso” (Okonofua, 2010: 9). Si bien es cierto que es una “cuestión política” y que el liderazgo en los planes de salud deben ser tomados desde el gobierno, ya que es el único que puede: 1) extender el servicio a todas los lugares y 2) proveerlo gratuitamente, cuestiones como la democracia y sobre todo la gobernanza son imprescindibles para que se desarrollen las políticas de salud. En los procesos de gobernanza, la sociedad civil es imprescindible. Puede ser también que el mayor o menor grado de avance de Perú no se deba simplemente al dinero recibido del exterior e invertido en planes y programas, sino a factores externos, aunque haya marcado significativamente la diferencia.

Perú ha sido uno de los países que más ayuda internacional ha recibido por parte de organismos internacionales y gobiernos de otros países para trazar su política de salud. Esto puede tener pros y contras: lo positivo es la ayuda (financiera y técnica que se recibe), lo segundo es que como en toda ayuda (condicionada en su mayoría) la política nacional está a merced de la decisión de sus financiadores. Algo tan delicado como la población de un país afecta la soberanía nacional, ya que controlas tu recurso humano y esa es una de las principales contras y por lo que en el caso del Perú, los programas recibieron fuertes críticas y rechazos por lo siguiente: se abusó de los mismos para cumplir con las metas gubernamentales. Dichos programas, con dinero proveniente del extranjero, al parecer fueron creados con “nobles intenciones” de atender la salud reproductiva de las mujeres, pero a la larga ellas fueron las perjudicadas: “Algunas instituciones, principalmente norteamericanas y canadienses con clara filosofía neomalthusiana, formularon e implementaron una serie de programas dirigidos a América Latina con objetivos específicos de dar atención a la salud de la mujer. En realidad, lo que se hizo fue la distribución gratuita de anticonceptivos orales (píldoras) y de dispositivos intrauterinos (DIUs), llegando en millares de casos a realizar ligadura de trompas uterinas *voluntarias*, sin darle a la mujer libertad y oportunidad de decidir en el control de su cuerpo” (Estrada y Godoy, 1996b: 205).

La experiencia peruana demostró que la falta de gobernanza y de democracia en la era de Fujimori (donde se vivió una dictadura, que además estuvo enmarcada en

la guerra civil), causaron los abusos de las esterilizaciones forzadas y con ello de los derechos humanos más fundamentales:

“Perú instrumentó el proceso de reforma bajo un régimen que no cumplía con los requisitos mínimos de una democracia. El contexto político del Perú ha sido decisivo para determinar cómo se implementaron las reformas y cómo la mortalidad materna llegó a ser una prioridad en cierto momento durante la década. El sector Salud se encontraba en un completo caos hacia fines de los 80, en concordancia con la situación política y socioeconómica del resto del país. Durante los años 90, el Perú instituyó un dramático programa de ajuste estructural endosado por el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, que tuvo serias repercusiones en las desigualdades existentes en la sociedad” (Yamin, 2003: 32).

La posterior entrada a la democracia en Perú coincide con los cambios en la salud materna y el crecimiento económico del país.

Antes de 1999 existía el problema de que los records sobre muertes maternas eran extremadamente pobres, así mismo los doctores, los forenses y los oficiales de policía tenían diferentes formatos para registrarlos. Tampoco se especificaba la causa de mortalidad materna y sólo se registraba la defunción si alguna persona estaba interesada en obtener un certificado de la misma o incluso, algunas mujeres que vivían en lugares de extrema pobreza ni siquiera contaban con un acta de nacimiento (Iguñiz-Romero y Palomino, 2012:177).

Desde 1999 en el Perú, la muerte materna se incorpora a la Red Nacional de Epidemiología (RENACE), por lo que cada muerte materna se informa, se lleva estadísticamente y se investiga mediante un comité que analiza todas las fuentes de información (historia clínica, reporte de emergencia, carné de control prenatal, etc.), con el fin de evitar más muertes en el futuro (Gobierno de Perú, 2012: 6, 8), Por lo que hubo una presión muy grande de parte de toda la sociedad por saber cifras sobre la mortalidad materna por lo que “desde 2006, el Sistema de Observatorio de Vigilancia de la Mortalidad Materna ha sido aceptado por todas la oficinas del gobierno y directores como el más puntual recurso de información sobre la estadística de la mortalidad materna. Esto no solo evita la duplicidad en las estadísticas y el retraso en la recolección de información, el cual viene de usar más de una fuente de información, pero ha dado a los empleados de gobierno más confianza en los datos por sí mismos”

(Iguiñiz-Romero y Palomino, 2012:181). Aun así, Maguiña y Miranda (2013) reportan que hay un gran subregistro en varios lugares, sobre todos aquellos pobres, en la Sierra o las zonas rurales o con las mujeres de edad extrema de períodos fértiles (Maguiña y Miranda, 2013: 35).

A manera de resumen, la política pública destinada a la reducción de la mortalidad materna que se realizó en Perú puede sintetizarse de la siguiente manera de acuerdo a la tabla que se presenta a continuación:

**Tabla 5: Principales características de la política de salud materna en Perú**

<b>Perú</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se llegó a la meta</li> <li>• Disminuyeron los niveles de pobreza</li> <li>• Aplicación de distintas políticas muy variables, pero se inició desde 1990.</li> <li>• Política delimitada a ciertas regiones, las más pobres e indígenas. No se trabajó en todo el país fue muy focalizado.</li> <li>• Pioneros en implementar en los programas sistemas de Transparencia y Presupuesto por resultados.</li> <li>• Ayuda de organismos internacionales para llevar a cabo la política.</li> <li>• Creación del Seguro Integral de Salud: 2001 (tuvo de antecedente el Seguro Materno Infantil 1998).</li> <li>• Control del embarazo gratuito para todas las gestantes, no importa si no son pobres o no están afiliadas al SIS: 2014</li> <li>• Aborto solo terapéutico.</li> <li>• Restricción de adquisición de anticonceptivos a adolescentes.</li> <li>• Colocación de Obstetrices en el sistema de salud.</li> <li>• Interculturalidad como uso extensivo del parto vertical en las clínicas del sistema de salud y adaptación de las clínicas a la cultura indígena, respeto por sus tradiciones.</li> <li>• Creación de redes comunitarias</li> <li>• Tema en la agenda pública desde 1990 hasta 2015</li> <li>• Estrategias consensuadas a nivel nacional entre gobierno, sociedad civil y sector privado.</li> <li>• Casas materna/espera</li> </ul>

- Construcción de infraestructura

Fuente: Cuadro de elaboración propia a partir de información presentada anteriormente.

**Tabla 6: Comparativo de los períodos presidenciales de Perú y su política de salud materna, de 1990 al 2015**

Presidente	Años de mandato	Políticas implementadas
Fujimori	1990-2000	*Reforma y centralización del Sistema de salud. *Esterilizaciones forzadas. *Programa de salud materna y perinatal
Toledo	2001-2005	*Acuerdo Nacional *Parto vertical *Proyecto 2000
García	2006-2010	*Plan Concertado en Salud *Acuerdo de partidos políticos en salud *Presupuesto por resultados
Humala	2011-2015	* Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015 *Universalización del Sistema Integral de Salud

Fuente: elaboración propia con datos de los capítulos de la tesis.

### **3.5 Conclusiones**

En el capítulo 3 se mostró y analizó el contexto de la mortalidad materna en el mundo, describió el panorama general del mismo, las distintas políticas y programas de salud que se desarrollaron para que la mortalidad materna disminuyera y cómo es visto este por organismos internacionales.

En el capítulo, se abordó la importancia de la mortalidad materna en el mundo, la cual se da principalmente por algo que pudiera evitarse y que está intrínsecamente ligada a un proceso biológico de la vida de las mujeres y por esta razón, no se compara con ninguna otra causa de muerte en su contraparte masculina. Además como se vio en el capítulo, para la política de salud es un indicador importante ya que muestra la calidad de los servicios de salud y la equidad de género para acceder a ellos. Si el Estado no tiene la capacidad para resolver una muerte materna, quiere decir que no podrá resolver alguna otra complicación grave de salud, afectando directamente a todos los ciudadanos; esto sin contar que la pérdida de mujeres tiene repercusiones a nivel familiar, social y económico de una comunidad y un país. El problema de la mortalidad materna es un problema también de derechos humanos y de justicia. He ahí su importancia, por esta razón las Naciones Unidas dentro de sus Objetivos del Milenio a alcanzarse de 1990 al 2015 querían disminuirla al 75%.

A lo largo del capítulo 3 también se analizaron las principales causas de la mortalidad materna (hemorragias, infecciones, hipertensión y abortos) y la razón de mortalidad materna por continentes, donde en países Europeos dicha razón es de las menores y en países africanos las muertes son muy altas. En estos países con razones de mortalidad muy alta, tiene que ver no solamente con una falta de acceso a servicios de salud, sino también a una falta de capacidades, destacando que se presenta con mayor frecuencia en lugares pobres y rurales.

De igual forma, se pudo observar el comportamiento de algunos países, entre ellos Perú, nuestro caso de estudio y cómo disminuyó su mortalidad, a partir de algunas políticas implementadas, materna hasta alcanzar los Objetivos del Milenio.

Así mismo se presenta cómo es la mortalidad materna en el Perú, lo que la causa principalmente que es la hemorragia, la hipertensión y el aborto. De la misma forma se muestran cómo la mortalidad materna se ha comportado por regiones.

Destaca en este análisis que la mortalidad ha bajado en regiones donde estaba muy alta y que eran pobres e indígenas, como la Sierra (los Andes), pero aumentó en lugares como la capital (Lima) y en la Selva (Amazonas) no se pudo disminuir.

## Capítulo 4

### Disminución de la mortalidad materna en Perú bajo el enfoque de capacidades

#### 4.1 Introducción

Perú ha sido un país que ha cambiado a lo largo de 25 años que se plantearon los ODM. Dentro de esos cambios, no sólo se disminuyó la mortalidad materna, sino que también se lograron las metas de otros objetivos como bajar la pobreza, la desnutrición, etc. La situación de la mujer peruana cambió, incrementando los índices educativos y con la incorporación de ellas al trabajo, así como los índices de fecundidad disminuyeron. Como se comentó en capítulos anteriores, los avances en la mortalidad materna no sólo se debieron a los programas de salud, sino a la ampliación de infraestructura, al avance en las comunicaciones, etc.

En el capítulo que se presenta a continuación muestra lo anterior, esos índices que además de los sanitarios, son importantes para entender el contexto de la mortalidad materna, porque influyen directa o indirectamente en él. A través del modelo que fue planteado al inicio como marco metodológico para analizar la mortalidad materna desde el enfoque de capacidades, se muestran los estadísticos donde se comparan este incremento de capacidades contra el descenso de la mortalidad materna.

#### 4.2 Objetivo

Mostrar distintos índices socioeconómicos de Perú para observar cómo la situación del país ha cambiado a través del tiempo.

Tomar la Tabla 2 como el marco de análisis para estudiar la mortalidad materna, con el fin de mejorar la salud materna/evitar la mortalidad materna, con el fin de observar la evidencia que muestra el comportamiento a través de los años de distintas capacidades. Las mismas se compraran con el comportamiento de la mortalidad materna y su descenso.

#### 4.3 Estructura

El capítulo está estructurado de la siguiente manera. En primer lugar se muestran los principales aspectos socioeconómicos de Perú y su avance en los objetivos del milenio. Esto, además de mostrar cómo el país ha cambiado a lo largo del tiempo, es un preámbulo para mostrar la evidencia empírica sobre cómo Perú bajó su mortalidad materna al dotar de otras capacidades a las mujeres, sus hogares y su entorno. De

esta manera, se muestra el análisis de las capacidades que fueron identificadas en el segundo capítulo.

#### 4.4 Principales aspectos socioeconómicos de Perú y el avance en los Objetivos del Milenio como preámbulo al análisis de capacidades

Según el Ministerio de Salud de Perú, identificaba lo siguiente como factores de riesgo asociados a la mortalidad materna:

**Tabla 7: Factores de riesgo asociados a la Mortalidad Materna identificados en la política de salud materna, Perú**

Factores	Descripción
Biomédicos y obstétricos indirectos	Enfermedades clasificadas en el CIE-10, entre las cuales también son tomadas en cuenta la anemia y desnutrición.
Económicos	Población sin empleo o subempleada que se encuentra en algún grado de pobreza y no puede satisfacer necesidades de salud, educación y nutrición.
Vivienda y servicios básicos	Malas condiciones de vivienda, hacinamiento, sin agua entubada y drenaje que propicien aparición de enfermedades.
Educación	Además de educación, se incluye cierto tipo de creencias, tradiciones y costumbres.
Sociales	Condición social y calidad de vida que repercuten en : <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ambiente (ligado a la pobreza, desarrollo e industrialización).</li> <li>2) Estado de salud (propicios a la condición social o conductas que son dadas por hábitos).</li> <li>3) Accesibilidad y calidad en la atención de la salud (transporte y disponibilidad de servicios).</li> <li>4) Comportamiento de procreación (edad, intervalos de hijos, etc.),</li> <li>5) Mujeres que viven solas.</li> </ol>



Fuente: Cuadro de elaboración propia con algunos datos obtenidos de Ministerio de Salud de Perú (Gobierno de Perú, 2012: 4).

Todas estas que la política de salud materna de Perú identifica, coinciden con las capacidades identificadas anteriormente y se ha hablado ya de ello, lo que interesaría es ver cómo se han comportado esas variables a través del tiempo. Por este motivo, a continuación se muestran algunos aspectos socioeconómicos de Perú que darán al lector una idea general, de cómo ha cambiado el país a lo largo de los años en los que estuvieron marcados los ODM.

Primero, se muestra cómo Perú ha bajado sus índices de pobreza, mientras que por consecuencia se incrementa su Índice de Desarrollo Humano, cómo se encuentra su situación de salud y de mortalidad materna. A continuación se presenta un cuadro con los principales indicadores:

**Tabla 8: Perú, resumen de principales indicadores socioeconómicos durante algunos años de los Objetivos del Milenio.**

Indicador	Medida	Año	Cifra	Año	Cifra
Superficie	Km <sup>2</sup>		No aplica	2012	1 285 215.6
Población estimada	Personas	1993	22,639,443	2018	32 162 184
Esperanza de vida	Años de vida	1990	65.5	2018	75.2
Crecimiento poblacional	%	1993-2007	1.5	2018	1.1
Mortalidad infantil	Por 1000 nacidos vivos	1995-2000	45	2018	16.4
Tasa de natalidad	%	1990	30.24	2015	19.62
Tasa de defunciones	%	1990	7.29%	2015	5.64
Desnutrición crónica (<5 años)	%	2007	28.5	2016	13.1
Tasa de alfabetización	%	1993	87.15	2016	97.19
Tasa de alfabetización (hombres)	%	1993	92.85	2016	97.19
Tasa de alfabetización (mujeres)	%	1993	81.66	2016	91.19
Alumnos que terminan primaria (niños)	%	1993	89.8	2013	92.4
Alumnos que terminan primaria (niñas)	%	1993	89.5	2013	92.6
Tasa neta de matrícula a educación superior	%	2006	19.5	2016	28.6

de hombres de 17 a 24 años de edad					
Tasa neta de matrícula a educación superior de mujeres de 17 a 24 años de edad	%	2006	19.9	2016	33.1
Establecimientos de salud	Número	2002	8,077	2013	15,150
Gasto en salud	Millones de soles/Dólares	1994	3,232,659/ 986,469.17	2015	24,884/ 7,593,53
Población desnutrida	Millones de personas	1991	7 <sup>1</sup>	2015	2.3 <sup>25</sup>
Tasa de desempleo hombres	%	2007	5.7	2016	4.9
Tasa de desempleo mujeres	%	2007	7	2016	5.6
Ingreso promedio mensual del hogar	Nuevos soles/Dólares	2007	810.5/ 246.65	2016	1 370.7/ 417.13
Abastecimiento de agua por red pública dentro de la vivienda	%	2013	78.7	2016	82.7
Eliminación de excretas por red pública de desagüe dentro de la vivienda	%	2013	78.7	2016	82.7
Hogares que acceden a energía eléctrica (rural)	% del total de hogares	2004	32	2015	78.9
Hogares que acceden a energía eléctrica (totales)	% del total de hogares	2004	75.7	2015	93.9

Acceso a telefonía fija	Por cada 100 habitantes	1990	2.59	2015	9.86
Hogares c/ Telf. Móvil	Por cada 100 habitantes	1990	0.01	2015	102.98
Hogares con internet	Por cada 100 habitantes	1994	0.01	2015	40.2
Incidencia de la Pobreza	%	2004	58.7	2016	20.7
Incidencia de la Pobreza extrema	%	2004	16.4	2016	3.67
Tasa Global de Fecundidad (hijos x mujer)	Hijos/as por mujer	1990	3.8	2015	2.3
PBI	Millones de nuevos soles/ Dólares	1990	151,492/ 46,228.87	2015	482,476/ 147,231.03

Fuente: INEI, (2017); ONU (2017); Expansión (2018); Expansión (2018a)

Nota: Un nuevo sol peruano equivale a 5.5 pesos mexicanos aproximadamente.

Como se puede ver en las estadísticas, Perú tiene algunas cuestiones socioeconómicas que no ha podido resolver, pero entre los principales cabe destacar la pobreza, la cual puede traer como consecuencia el difícil o nulo acceso a la salud y/o ser propicio a tener una salud precaria (morbilidad) o en su condición extrema llegar a la mortalidad. La mitad de la población en Perú, se encuentra en Pobreza y un cuarto de ella en pobreza extrema:

“Perú está entre los países más pobres de América del Sur. Con grandes disparidades étnicas y regionales en términos de acceso al trabajo formal, atención de la salud, educación e instalaciones básicas, la pobreza continúa siendo un problema de envergadura, aun cuando se ha hecho un relativo progreso en la reducción de formas extremas de pobreza. En

2001, el 54% de la población era considerado pobre en Perú, con un 24% considerado extremadamente pobre, mientras que en 2004, el 51.6% fue considerado como pobre y el 19.2% fue considerado extremadamente pobre” (Rousseau, 2007: 312).

Para el año 2014, el INEI (2015) (Instituto Nacional de Estadística e Informática de Perú) reportó que 22.7% de la población estaba en pobreza y el 4.3% en pobreza extrema.

**Tabla 9: Cuadro comparativo de la pobreza en Perú por distintos años.**

<b>Año</b>	<b>2001</b>	<b>2004</b>	<b>2014</b>
Pobreza/Pobreza de capacidades	54%	51.60%	22.70%
Pobreza extrema/Pobreza Alimentaria	24%	19.20%	4.30%

Fuente: Cuadro de elaboración propia a partir de los datos mencionados anteriormente.

Puede observarse que Perú bajó sus niveles de pobreza para el 2014.

Así mismo es pertinente observar el IDH. En Perú para el 2003 tenía un IDH de 0.3657; mientras que para el 2012, su IDH era de 0.5058 (UNDP 2012).

**Tabla 10: Cuadro comparativo del IDH, Perú distintos años**

<b>IDH</b>	<b>2003</b>	<b>2012</b>
Perú	0.3657	0.5058

Fuente: Cuadro de elaboración propia a partir de datos mostrados anteriormente.

El Índice de Desarrollo Humano es un índice que está construido sobre la esperanza de vida y la salud de las personas (además de otras variables como la educación), entonces por esa razón guarda relación con la mortalidad materna. Cuando Perú bajó sus índices de mortalidad materna por consecuencia también mejoró su IDH.

Podíamos probar que la disminución de la mortalidad materna, ha surgido por un aumento en variables de capacidades. Por ejemplo, Perú bajó sus índices de mortalidad pero también aumentó otros que tenían que ver con los ODM. De esta manera Perú trató de hacer una “Reducción de la mortalidad materna y perinatal, como expresión de desarrollo del país, consolidando el rol del Ministerio de Salud y el compromiso multisectorial y de la sociedad civil, en el acceso de las mujeres a la promoción y protección de su salud sexual y reproductiva, con un enfoque integral, con calidad y adecuación intercultural en el marco de los Objetivos del Milenio” (Ministerio de Salud, 2009: 38). En la siguiente tabla se puede apreciar los logros sobre los otros ODM que tenían que ver con reducir la pobreza y el hambre, mejorar la educación, la igualdad de género y el desarrollo sustentable (Kuruvilla *et al*, 2014: 535). Por ejemplo, Kuruvilla *et al* (2014) analizaron los avances que Perú tuvo por meta del milenio y se encontró lo siguiente:

**Tabla 11: Avances del cumplimiento de metas del Perú en los ocho Objetivos del Milenio**

Numero de ODM	A qué se refiere	Alcanzó o no la meta
ODM 1	Pobreza	Alcanzó la meta
	Hambre	Alcanzó la meta
ODM 2	Educación	Se mantiene como objetivo
ODM 3	Disparidad de género	Se mantiene como objetivo
ODM 4	Mortalidad infantil	Alcanzó la meta
ODM 5	Mortalidad materna	Se mantiene como objetivo
	Planeación familiar	Alcanzó la meta
ODM 6	VIH	Fuera de alcance
	Tuberculosis	Alcanzó la meta
ODM 7	Agua	Se mantiene como objetivo
	Sanidad	Se mantiene como objetivo
ODM 8	Estabilización de la deuda	Fuera de alcance

Fuente: Elaboración propia con datos de Kuruvilla *et al*, 2014: 538

Como se puede observar, Perú a la par de tratar de realizar la meta de los ODM sobre Mortalidad Materna, también se dedicó a enfocar sus esfuerzos en otras áreas que pudieron tener relevancia como la reducción de la pobreza y el hambre o la planificación familiar, por lo que estas áreas pudieron haber contribuido directamente a bajar las altas tasas de mortalidad, las cuales son directamente capacidades identificadas en el marco metodológico para el análisis de la mortalidad materna (Tabla 2) .

En Perú si las hubo, ya que por ejemplo: “el nivel de la vida de la mujer ha evolucionado dramáticamente durante las últimas décadas. El nivel de instrucción de la población femenina, su participación en el mercado laboral y en el ámbito político y el acceso al control de la fertilidad han estado estrechamente relacionados al proceso de urbanización” (Yamin, 2003: 86). Así mismo también ese es un signo de empoderamiento de la mujer, que no es de ahora, sino como Chávez (2017) lo mencionó en la entrevista, viene desde los años 60 en Perú con más educación de la mujer, alcance de más espacios, participación política, etc. Las estadísticas nacionales

muestran como estas capacidades han ido aumentando mientras que ha disminuido la mortalidad materna.

La serie de gráficas que se muestran más adelante, exponen distintos datos estadísticos que aumentaron y que se refieren a los siguientes conceptos enlazados a las capacidades de la tabla 2 (ver pág. 32 o página 93) lo que prueba que las políticas llevadas a cabo en Perú, que se realizaron con el fin de disminuir la mortalidad materna, están relacionadas directa o indirectamente con otorgar capacidades. El problema es realmente cómo mediarlas si Perú no tiene publicados datos estadísticos de la mortalidad materna de una manera desagregada a nivel individual, para saber las características socioeconómicas de las mujeres (las que murieron y las que no) y del hogar, por una parte y por otra en los lugares donde vivían (para ver la situación de su entorno), sólo tenemos los datos estadísticos por país lo que nos puede dar una idea general y una visión macro, pero tenemos la limitante de ver el problema a nivel micro, cuyo análisis podría ser más exacto.

Desde el año 2000, el gobierno realiza la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES, la cual “enfatisa la información de la salud materna infantil” (INEI, 2014: 3). La encuesta se hace a lo largo de varios meses de seguimiento a más de 20,000 hogares y mujeres. Con base a esa encuesta, se hacen estimaciones directas e indirectas de la razón de la mortalidad materna, utilizando el “método de sobrevivencia de las hermanas” (Maguiña y Miranda, 2013: 20). A las mujeres entrevistadas se les pregunta si tuvieron alguna hermana que murió a causa del embarazo, parto o posterior a él, no se preguntan más detalles salvo si la finada sufría de violencia. Por ejemplo, de la encuesta ENDES 2013, de 23,500 mujeres a las que se entrevistó, 40 de sus hermanas murieron por afecciones del embarazo, 35 de sus hermanas a consecuencia de aborto y 42 de sus hermanas durante el parto; sin embargo murieron en distintos años muy variados.

Como se había mencionado, la base de datos no tiene reportadas cuestiones sociales, económicas y culturales de las mujeres. Al tener datos más detallados, podría ayudar a entender los aspectos socioeconómicos y sociodemográficos de las mujeres y relacionarlos con la mortalidad materna. Un ejemplo de esto es reportar el nivel económico de su familia o el sueldo de ella o su pareja, el número de hijos que han tenido anteriormente (lo cual influye en el número de partos y sus riesgos), si profesa alguna religión (por ejemplo aquellas a las que les está prohibido la transferencia sanguínea de acuerdo a sus creencias), si pertenece a algún grupo étnico, si sufrió



algún tipo de violencia, si recibe alguna ayuda gubernamental por algún programa, si sus familiares o esposo les negaron atención en salud y las consultas prenatales, si les negaron educación más allá de la obligatoria, nutrición o buenas condiciones de vida u oportunidades laborales, etc., es decir se podría construir un cuestionario con cada una de las variables de capacidades y así poder entender la causa de la mortalidad materna más allá de los aspectos clínicos y la importancia de que el problema se vea desde otros puntos de vista para entenderlo. No hay forma de cruzar la información, ni tampoco se especifica dónde vivía la hermana que había fallecido. Por esta razón se decidió analizar el problema a nivel macro, es decir a nivel país y se presenta a continuación, el análisis de las capacidades como principal herramienta metodológica para entender por qué en Perú disminuyó la mortalidad materna.

#### 4.5 Análisis empírico del enfoque de capacidades

La mortalidad materna, como lo sugiere Santos (2010), debe de ser vista como un problema de política pública que requiere ser analizado y definido con la finalidad de identificar los factores y determinantes que intervienen en su mejoría y establecer soluciones que permitan obtener mejores condiciones de salud de las mujeres” (Santos, 2010: 24). Si bien el autor sugiere analizar los factores y determinantes, la propuesta de esta tesis es otorgar ciertas capacidades faltantes en la vida de las mujeres y con esto contrarrestar la mortalidad materna.

La salud debe de ir más allá del simple asistencialismo y es en esto donde intervienen el desarrollo de las capacidades en las personas porque el asistencialismo resuelve los problemas a corto plazo y de manera inmediata, cuando las capacidades duran para toda la vida, como lo puede ser, por ejemplo, la educación o cierto tipo de inmunización (vacunas).

Gran parte de la literatura sobre la muerte materna sólo se enfoca en el aspecto clínico, no se enfoca a tratar otras causas ajenas (otros determinantes sociales de la salud) que también están provocando la mortalidad.

Gil *et al* (2006), realizaron una revisión de literatura de distintos estudios publicados y se dieron cuenta que gran parte de ellos sólo se concentraba en las causas clínicas de la mortalidad materna: “el modelo clínico de reforzar los servicios de salud y entrenar al personal médico puede no ser suficiente para resolver el problema de la mortalidad materna. Nuestra revisión de la literatura muestra que los efectos de la cultura y los asuntos políticos en la mortalidad materna son mayormente ignorados” (Gil *et al*, 2006: 906), por lo que ellos concluyen que “enfocarse solamente en las causas clínicas de la muerte materna pueden no ser la perspectiva más amplia para entender el problema, ya que se ignora en gran medida lo macroestructural” y que “las estrategias de maternidad segura requieren una compleja política de salud y una aproximación de políticas multidisciplinaria” (Gil, 2006: 903-904).

Para Eslava (2010) la cuestión se centra en hacer análisis que separe las inequidades para los tomadores de decisiones y los sistemas de seguridad social en salud, donde una primera aproximación sería analizar las desigualdades en salud y la otra, analizar las inequidades sociales en salud: “se hace relevante plantear la discusión alrededor de las inequidades sociales de la salud materna y no de las inequidades sociales de la atención materna. La segunda aproximación tiene un tinte

centrado en la provisión de los servicios de salud mientras que la primera tiene un énfasis en la sociedad, su entorno y su responsabilidad” (Eslava, 2010: 193). Los tomadores de decisiones se centran en el aspecto de provisión de servicios, “una solución unicausal a un problema multicausado” (Eslava, 2000: 194).

Existe más de un determinante, que no solamente es el médico para entender la mortalidad materna, tiene que ver con las capacidades que se les otorgan a las mujeres para su desarrollo que ya se han discutido, enlistado y operacionalizado, así como la correcta focalización de políticas de salud y la calidad en los servicios. Pero los análisis y estudios que comúnmente se hacen, se enfocan en los padecimientos que son más recurrentes, como lo son los hipertensivos, la hemorragia, el aborto y la sepsis, cuando en realidad la mortalidad materna es causada por un gran número de causas.

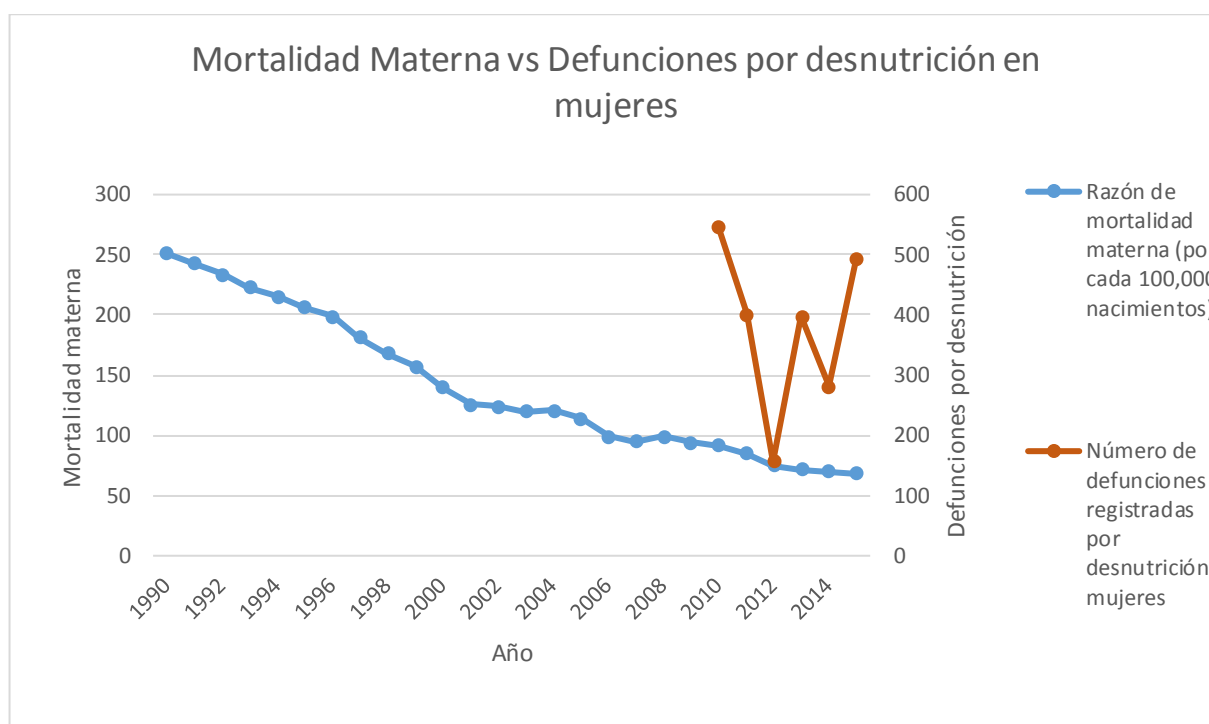
## Capacidades que deben de ser otorgadas por la política pública para la disminución de la mortalidad materna

### 1. Las capacidades que deben de ser otorgadas a las mujeres de manera individual

#### 1.1 Capacidades de salud en general, de salud materna y reproductiva

##### 1.1.1 Ausencia de desnutrición

**Gráfica 20: Mortalidad materna vs Defunciones por desnutrición en mujeres en Perú por años**



Fuente: Elaboración propia con datos del INEI, 2018a.

En la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el día 18 de diciembre de 1979, los países firmantes expresaron la preocupación de que en situaciones de pobreza la mujer tiene un acceso mínimo a la salud. Por este motivo, el artículo 10, que habla sobre las condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, dentro del apartado “h”, prevé “el acceso a material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia”. El artículo 11 inciso 1, que habla sobre la igualdad de derechos, en su apartado “f”, destaca “el derecho a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo o incluso a la salvaguardia de la

función de reproducción”. Más adelante en el artículo 12, dice lo siguiente: “los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le *asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia*”, aquí es importante señalar que esta convención toma en cuenta una capacidad que no tomó en cuenta otros organismos internacionales y es la nutrición, sin embargo no toma en cuenta la educación, la pobreza, etc. Si se analizan estos marcos jurídicos, es importante señalar que al menos ellos sí prevén un problema de capacidades que ya se habían comentado, el cual hace que en las mujeres se concentre el mayor número de muertes en el mundo y es la atención a la salud y la nutrición, como capacidades básicas a otorgar por la ley.

La situación nutricional de la mujer durante el embarazo, debe de tomarse más en cuenta y poner más énfasis en las políticas públicas para mejorarla: “se sabe que el estado nutricional de la gestante es muy importante por influir directamente en la gestación y por lo tanto en la salud del niño al nacer y en sus chances de supervivencia y desarrollo posterior” (Estrada y Godoy, 1996: 209). Black *et al* 2008 (referenciado en Rivera y González, 2012) dicen que la deficiencia de hierro representa “un factor de riesgo en la mortalidad materna y se calcula que es responsable de 115,000 muertes maternas por año, 20% del total de la mortalidad materna en el mundo” (Rivera y González, 2012: 269). Además también existen un estudio de Barker (1996) (también referenciado por Rivera y González, 2012) que “vincula a la desnutrición durante periodos críticos para el crecimiento y desarrollo, especialmente la gestación y el primer año de vida, con aumento en el riesgo futuro de diabetes tipo 2, hipertensión y enfermedad coronaria” (Rivera y González, 2012: 269).

Al respecto, Sen (2015)<sup>9</sup> también menciona lo siguiente:

“La mortalidad materna está muchas veces conectada con la desnutrición materna, no siempre, pero la mayoría de las veces está relacionada con la desnutrición. Esto tiene un efecto no sólo en la madre, sino en todos. De acuerdo a investigación inglesa hecha por David Baker en Southampton, quien es doctor en medicina, obtuvo datos de Southampton en Inglaterra por un periodo de 17, 18 años, y realizó un

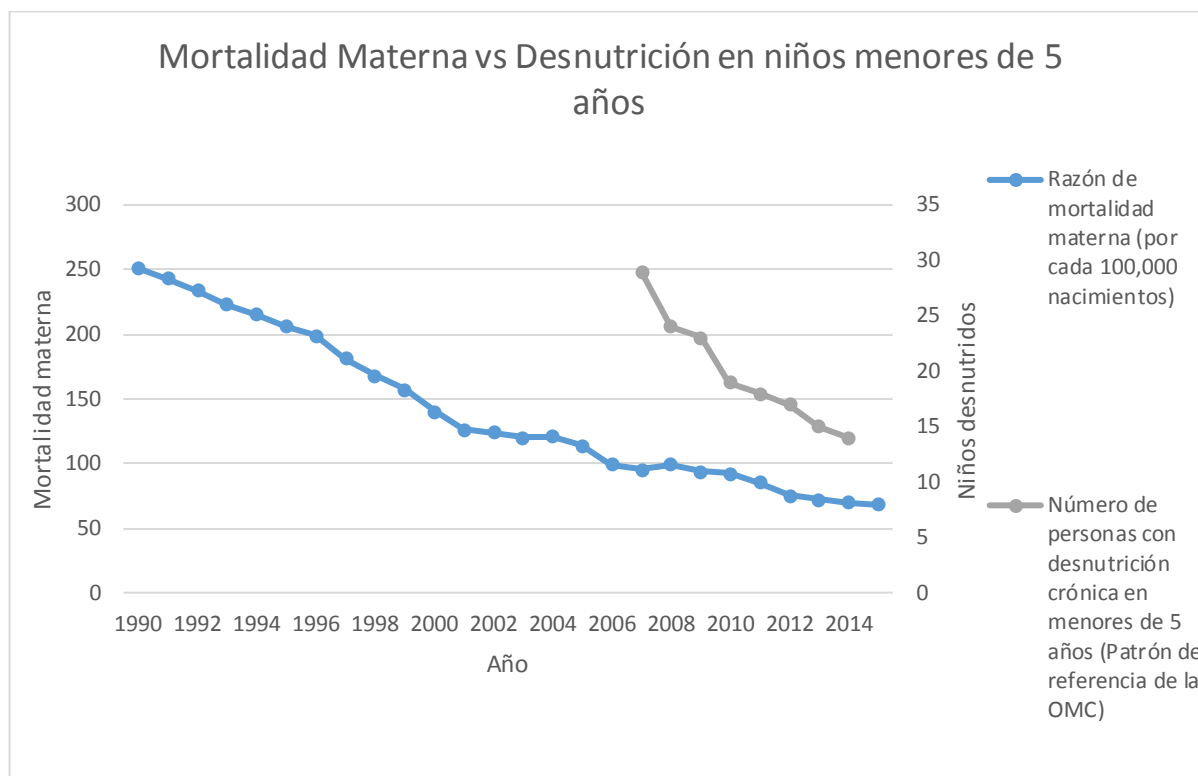
---

<sup>9</sup> Esta fue otra parte de la respuesta a una pregunta hecha por mí al propio Amartya Sen sobre su opinión de la mortalidad materna, que si creía que la misma se debía a una mala aplicación de las políticas públicas o a una falta de capacidades de las mujeres.

seguimiento completo donde observaba a los niños con bajo peso durante un ciclo de vida de 17 años. Durante ese tiempo no sólo los niños con bajo peso tenían una alta mortalidad cuando eran niños, sino también un alto índice de enfermedades cardiovasculares, alta diabetes y otras más enfermedades durante 14 o 15 años después. Así que hay un ciclo en la desnutrición materna, que tiende a producir bebés con bajo peso. Esos bebés desnutridos tienden a convertirse en niños desnutridos y esos niños desnutridos tienden a una esperanza de vida menor durante todo el tiempo. Otra cosa hay que señalar, es que los niños sufren más que las niñas con la desnutrición. Afortunadamente no creo en Dios, pero si creyera, podría decir que hay una retribución: si se trata mal a las mujeres, la desnutrición produce varones con bajo peso, de los cuales sufren toda su vida...Michael Marmot y David Barker han hecho estudios sobre eso... Creo que la desnutrición materna está relacionada con la mortalidad materna en términos de la negación comunitaria de salud hacia la madre. Para insistir en mejorar el cuidado hacia las madres, no se debe de argumentar con mortalidad infantil, porque ya esa es importante en sí misma, pero sobre todo en el resultado de esto el cual arruina futuras generaciones. De hecho en India, a pesar de no contar con una dieta rica e intensa, hay altos índices de enfermedades cardiovasculares y de diabetes. Creo que esto está conectado con los niños desnutridos, la desnutrición de la madre y la negación de nutrición para ella. Esta es un área que se tiene que ver a detalle. Para manejar la mortalidad materna debe variar de país a país” (Sen, comunicación personal, 2015).

En la siguiente gráfica de “Mortalidad materna vs desnutrición en niños menores de 5 años en Perú”, puede darnos una idea del argumento anterior de Sen (2015), pues menos niños desnutridos vienen de mujeres menos desnutridas y tienen más probabilidad de desarrollar algún padecimiento.

**Gráfica 21: Mortalidad materna vs desnutrición en niños menores de 5 años en Perú**



Fuente: Elaboración propia con datos del INEI, 2018a.

Sería pertinente tener en la base de datos indicara el peso y estatura de la madre durante el embarazo porque con eso se podría correlacionar la mortalidad materna.

Los problemas de la nutrición afectan tanto en los casos de muerte materna por anemia, como en los de diabetes gestacional que se da durante el embarazo. Chávez *et al* (2010) argumentan que “se ha demostrado en la sociedad occidental que en algunas familias la distribución de alimentos se presenta inequitativamente entre los miembros siendo privilegiado en primera instancia, el padre de familia y posteriormente los hijos varones, seguido de las hijas, y por último la madre, independientemente de su condición reproductiva” (Chávez, 2010: 72). Aunque “el estado de nutrición es el resultado de múltiples factores biológicos y sociales” (Rivera y González, 2012: 273), podría considerarse también la falta de alimentos como un tipo de violencia, además de una clara falta de capacidades hacia las mujeres cuando se les niega el derecho la educación, salud y alimentación (o se les otorga en menor medida que a su contraparte masculino de cualquier edad).

Sin embargo, Yamin (2003) sostiene que la nutrición no afecta tanto: “La muerte materna está íntimamente relacionada con la posición social de las mujeres en una

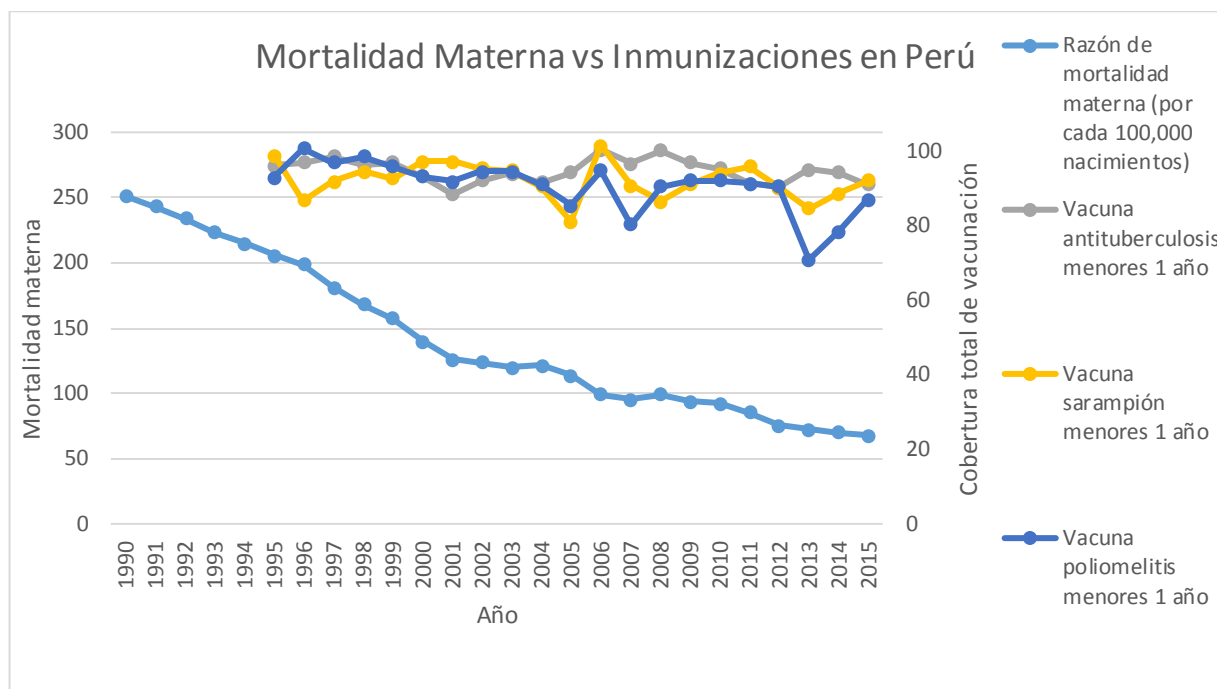
sociedad, pero de una manera diferente a los otros problemas de salud, en los que muchos aspectos de salud precaria de las mujeres, como deficiencias nutricionales, daños ocupacionales, pueden referirse al bajo estatus en el hogar y en la sociedad, de manera que si se producen mejoras en los factores sociales, se puede esperar que tengan un efecto directo en la salud de las mujeres. En el caso de la muerte materna, los habituales índices del estatus de la mujer (nutrición, educación) parecen tener poca asociación con la incidencia de complicaciones obstétricas” (Yamin, 2003: 53).

Este argumento de Yamin (2003), depende de qué complicación obstétrica está tomando en cuenta. Sin embargo, cualquier baja o mala nutrición tiene repercusiones en la salud de las personas y más en el estado de embarazo y como lo explica Sen (2015): no sólo se afecta a la madre, sino también al feto, por lo que políticas enfocadas a la nutrición de la madre invierten en generaciones futuras. La mortalidad materna está concentrada en los lugares donde existen mayores desigualdades, dichos lugares son enclaves de la pobreza y por lo tanto de la desnutrición y el programa ParSalud hizo un esfuerzo importante en este rubro de la mejora en la nutrición de la gestante. Para Baca (Citada en Estrada y Godoy, 1996) dice que en Perú “las afecciones del aparato reproductivo, así como las complicaciones del embarazo, parto y puerperio son características. Las anemias y avitaminosis las más frecuentes” (Estrada y Godoy, 1996b: 209), por lo que para atender a la población en este rubro, el Sector Salud se coordinó con otros sectores a través de la Organización Nacional de Apoyo Alimentario (Estrada y Godoy, 1996b: 209).



### 1.1.2 Vacunas e inmunización

Gráfica 22: Mortalidad materna vs Inmunizaciones en Perú por años

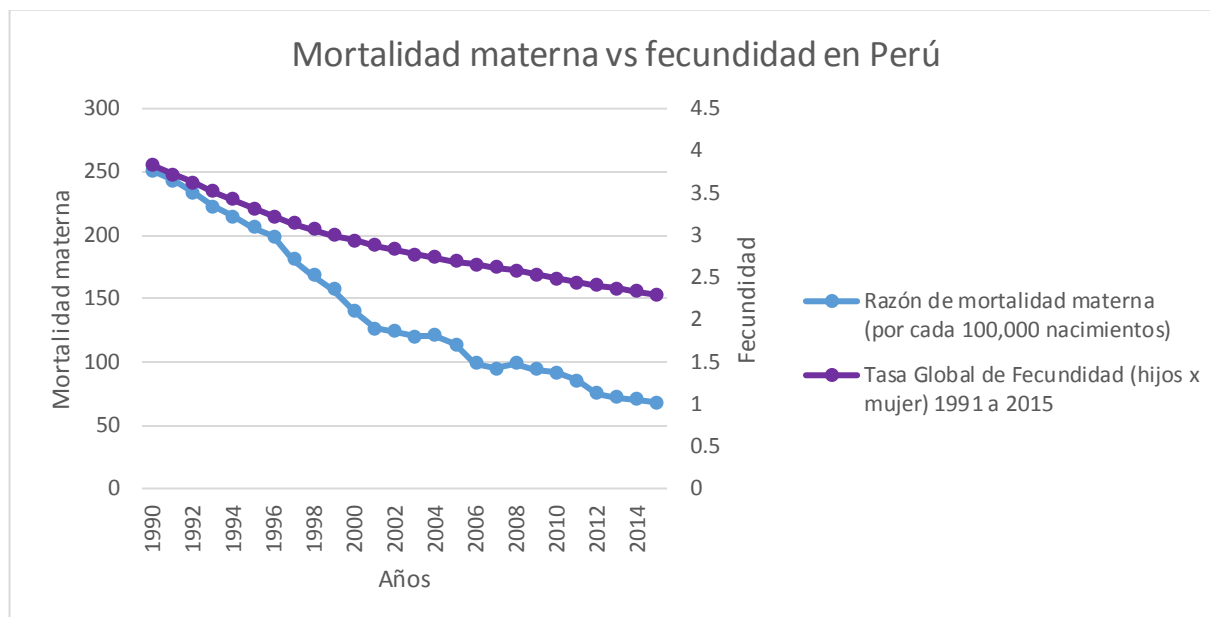


Fuente: Elaboración propia con datos del INEI, 2018a.

Las vacunas se han mantenido constante en Perú desde los años 90 a la fecha. Las vacunas previenen discapacidades y sobre todo salvan vidas. Para 1970 sólo 5% de la población de niños en el mundo estaban vacunados contra el sarampión, tétanos, difteria y polio, para 1990 el 75% lo estaba (Jamison *et al*, 2008: 7).

### 1.1.3 Anticonceptivos

**Gráfica 23: Mortalidad materna vs Fecundidad en Perú, por años**

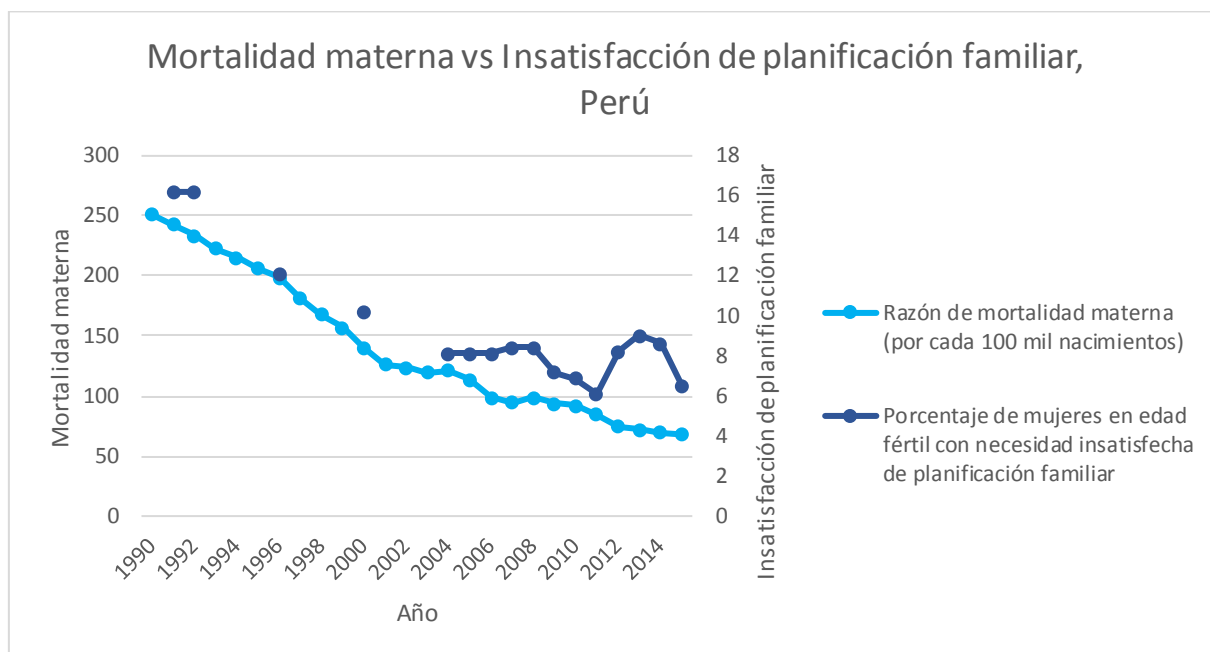


Fuente: Elaboración propia con datos del INEI, 2018a.

El tema de los anticonceptivos tiene relación, en primer lugar con el “número de hijos” y en Perú la tasa de natalidad decreció considerablemente de 6.85 hijos por mujer de 1960-1964 a 3.2 para 1995-1999 (Huynen *et al*, 2005: 52). Como se puede observar en esta gráfica, la fecundidad de Perú disminuyó y de casi 4 hijos en promedio que las mujeres tenían en 1990, la tasa bajó a casi dos hijos en promedio por mujer al 2015. Esto también repercute en una baja en la mortalidad materna, pues el número de hijos (término conocido en medicina como “multiparidad” cuando las mujeres tienen muchos o “nuliparidad” cuando no ha tenido antes), influye en los partos y sus posibles complicaciones que una mujer tendrá después (Plata, 2010: 71-72; Romero *et al* 2010: 43). Por ejemplo, en el estudio hecho por Conde-Agudelo y Belizán (2000), asoció una fuerte relación a los intervalos de embarazo menores a los 6 meses a ciertas afecciones como la hemorragia en el tercer mes y la ruptura prematura de las membranas o hasta anemias. En contraste, los intervalos mayores a los 59 meses a la preclamsia y eclampsia (Conde-Agudelo y Belizán, 2000: 419).

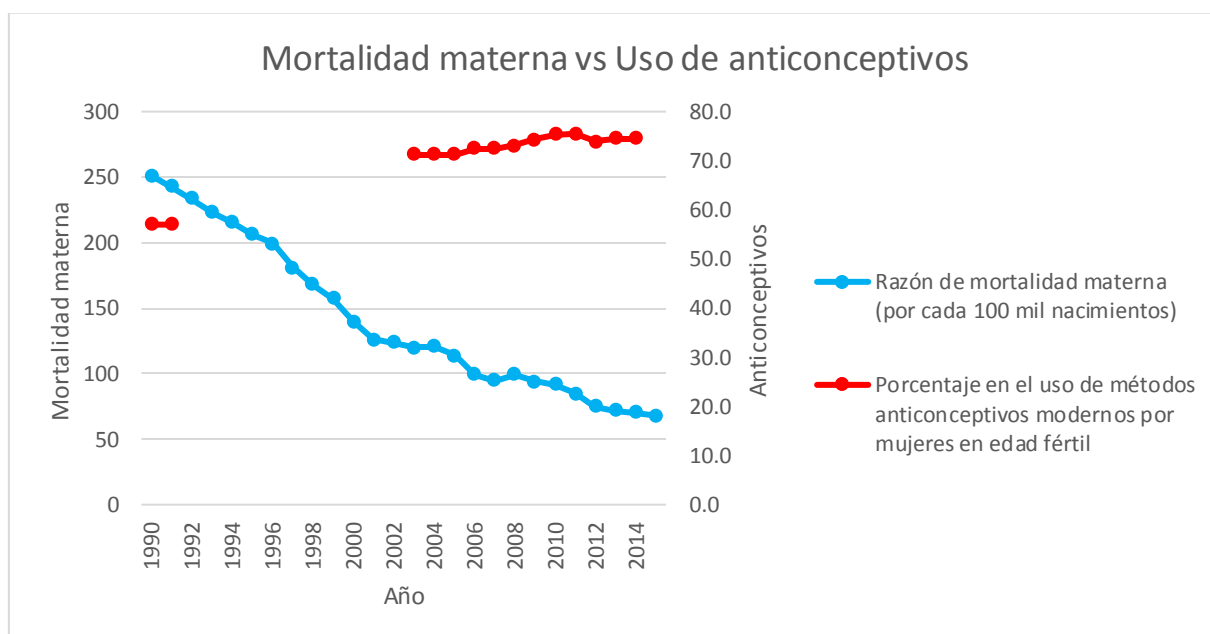
Las dos gráficas presentadas a continuación tienen relación:

**Gráfica 24: Mortalidad materna vs Insatisfacción de planificación familiar en Perú por años**



Fuente: Elaboración propia con datos del INEI, 2018a.

**Gráfica 25: Mortalidad materna vs Uso de métodos anticonceptivos modernos en mujeres fértiles en Perú por años**



Fuente: Elaboración propia con datos del INEI, 2018a

En las dos gráficas anteriores, se explica que la demanda de anticonceptivos para mujeres en edad fértil ha subido y por lo tanto la demanda de insatisfacción bajó, esto también es congruente con la baja en la mortalidad materna. Aunque por algunas

entrevistas (Tantaleán, 2016; Vigo, 2016 y Olea, 2016), existen presiones de carácter ideológico-religioso sobre el uso y distribución de métodos anticonceptivos en la sociedad peruana, la cual resulta restrictivo en el uso para los adolescentes a pesar de que los anticonceptivos resultan esenciales en la disminución de la mortalidad materna como lo sostienen Hernández y Palacio (2012: 123), King, Klasen y Porter (2008, 13-43), Dheeshana y Subadra (2011:224), sobre todo para evitar el embarazo a una edad muy temprana o muy tarde.

Es pertinente discutir en este apartado, dos externalidad de la política pública que tienen que ver con este tema del uso de anticonceptivos en Perú, la primera es “las esterilizaciones forzadas” y “el problema de los anticonceptivos y embarazo adolescente”.

Uno de estos abusos de la política de salud, fue la esterilización de las mujeres sin su consentimiento: “las esterilizaciones forzadas, tales como esterilizaciones de mujeres en el contexto de otros procedimientos (por ejemplo, posparto, postaborto), y la esterilización de mujeres por intimidación o engaño” (Yamin, 2003: 98), algunos sin el equipo necesario o con personal inexperto. Dicha esterilización, ligaduras de tropas y vasectomía (en el caso de los hombres), estaba estipuladas en la Ley de Población de 1985 y fueron provistas por el sistema de salud de manera gratuita (Rousseau, 2007: 320).

Brofman y Castro (citados en Estrada y Godoy 1996) señalan que hubo “las esterilizaciones involuntarias, aplicación de DIUs con desconocimiento de la mujer, realización de ensayos clínicos de drogas con efectos colaterales no descartados e inclusive la utilización de anticonceptivos hormonales en amplia escala con efectos colaterales comprobados” (Estrada y Godoy, 1996b: 205), así mismo “los casos documentados mostraban que las mujeres habían sido presionadas para aceptar la operación, o no habían recibido una correcta atención post-quirúrgica- con algunas complicaciones conducentes a la muerte-, o habían sido operadas durante la sesión de una cesárea sin haber sido consultadas previamente” (Rousseau, 2007: 322). Muchas de estas operaciones se hicieron a cambio de alimentos y estaban enfocadas a esterilizar a los sectores más pobres de la población.

Esto en Perú sigue siendo un tema muy sensible en la historia nacional, tanto que en las elecciones para presidente del país en el 2016 cuando Keiko Fujimori (la hija del expresidente Alberto) se lanzó de candidata, la sociedad civil todavía lo seguía reclamando y el 8 de marzo del 2016, se organizó una marcha recordando las 300 mil

esterilizaciones forzadas del gobierno de su padre. Esto es un ejemplo de cómo se involucraron activamente organizaciones de la sociedad civil para defender a las personas que habían sido víctimas de dichos abusos, en tanto que organizaciones de la sociedad civil de corte conservadora y religiosa presionaron al gobierno para que dejara de distribuir métodos anticonceptivos, algunos ministros de salud incluso pertenecían a estas organizaciones religiosas e influyeron para que el ministerio de salud desviara su política a capricho de sus creencias y valores (Rousseau, 2007: 325). Vigo (2016) y Olea (2016) comentaron lo siguiente:

“El desprestigio de los anticonceptivos ligados a las esterilizaciones que se hicieron en el gobierno de Fujimori hizo que un grupo conservador entrara y este grupo puso una norma que hasta ahora no se puede levantar, porque es muy fuerte: los menores de edad tienen que ir con sus padres a pedir los anticonceptivos, y eso es para públicos y privados, la norma lo exige así, si un médico es captado entregándole a una menor de edad, le pueden hacer un juicio” (Vigo, comunicación personal, 2016). Esto es porque, según Olea (2016) “el personal de salud se siente muy amenazado de dar anticonceptivos, de acceder cuando van a pedirlos” y los padres o tutores no van a ir a acompañar a los hijos a pedirlos (Olea, comunicación personal, 2016).

Dicha “norma”, a la que Vigo (2016) se refiere, está en la “Ley general de salud”, que en palabras de Tavera (2016), lleva 10 años en el congreso sin cambiar. Para él a restricción de los anticonceptivos en los menores de edad, para poder adquirirlos, tanto comprándolos en una farmacia como donados por el Estado en los sistemas de salud, “no es un tema de gobierno, es un tema que tiene que ver con una conjunción entre fundamentalmente la cultura el conservadurismo del poblador peruano y obviamente las estructuras del Estado” (Tavera, comunicación personal, 2016). Sin embargo, la entrevista a Chávez (2017) contrasta con la de Tavera (2016) citada anteriormente, el tema de los anticonceptivos en adolescentes está en “el nivel de la política pública, que no pasa necesariamente por el congreso, eso tiene que ver con las intervenciones de salud, pero se piensa que es ilegal estas intervenciones sanitarias y existen sectores que creen que es ilegal y controversial” (Chávez, comunicación personal, 2017).

Las estrategias que se han seguido en los últimos años son “la atención de la emergencia obstétrica, integración de los servicios de urgencias y formación de

Equipos de respuesta Inmediata, pero es necesario que estas acciones sean sistematizadas y universales. Es conocido que una de las estrategias con mayor impacto para la reducción de muerte materna es la anticoncepción” (García *et al*: 2014: 34). La anticoncepción subsidiada por el gobierno es muy importante, ya que “el gasto de bolsillo constituye la forma más regresiva de financiar la salud. Para los sectores más pobres, que son quienes registran mayores barreras de acceso, adquirir anticonceptivos y medicamentos de salud reproductiva puede implicar una porción muy alta de sus recursos” (Tobar, 2013: 1). A pesar de que “la planificación familiar y la anticoncepción son de las intervenciones más costo-efectivas para reducir la mortalidad materna” (CONEVAL, 2012: 25), los programas para reducir la mortalidad materna no se han enfocado en seguir una estrategia intensiva y un programa de apoyo para la anticoncepción como anteriormente se tenía en la política de salud, por lo que existe una discontinuidad en la estrategia que sería necesario retomar e implementar de manera conjunta con miras a disminuir la mortalidad materna y de paso evitar los embarazos en adolescentes.

Tantaleán (2016) opinó que al intervenir el Estado en estas cuestiones, se vulneran los derechos de la patria potestad de los padres, porque si una chica se embaraza el Estado no te da nada, es decir, no se hace cargo de ella, pero quiere intervenir reemplazando el rol de los padres en la formación del adolescente (Tantaleán, comunicación personal, 2016). Contrariamente para Pinedo (2016) y Olea (2016) es hasta cuando una chica está embarazada, cuando es visible para el Estado, aparece y la toma encuentra dentro de sus programas, sobre todo si la chica es pobre y no tiene más opciones, el Estado sólo la va a ayudar hasta que es madre. Aquí se transcriben partes de las dos entrevistas:

“Lamentablemente las políticas públicas y eso me da mucha pena, están enmarcadas en el ser madre [...] todas las políticas están enfocadas en ser madre, para que te cuide el estado tienes que ser madre y eso es lo triste, ¿no?” (Pinedo, comunicación personal, 2016)

“Tú terminas el colegio y si tu familia es pobre no va a tener dinero ni para que estudies ni para que trabajes el capital más pequeño que sea, entonces qué es lo que haces, si son pobres, entonces te embarazas y cuando te embarazas apareces para el Estado: aparece *Vaso de leche*, aparece *comedor popular*, aparece un programa que se llama *Juntos*,

que es muy similar, que no recuerdo cómo se llama pero es de entregar dinero, entonces si no se crean oportunidades para que construyas otro proyecto de vida, para que puedas elegir, eso por una parte, tienen que haber incentivos claros, porque si no eso se convierte en tu proyecto de vida” (Olea, comunicación personal, 2016)

Esto es un problema que más que de salud, es de falta de oportunidades y opciones para las mujeres en la vida, la cual se ve limitada a tener un hijo, cuando se está a punto de entrar en la edad adulta. Pero no toda la culpa la tiene el Estado, sino la sociedad que ve que el máximo logro de una mujer es tener hijos, aunque se desarrolle o no en otros ámbitos:

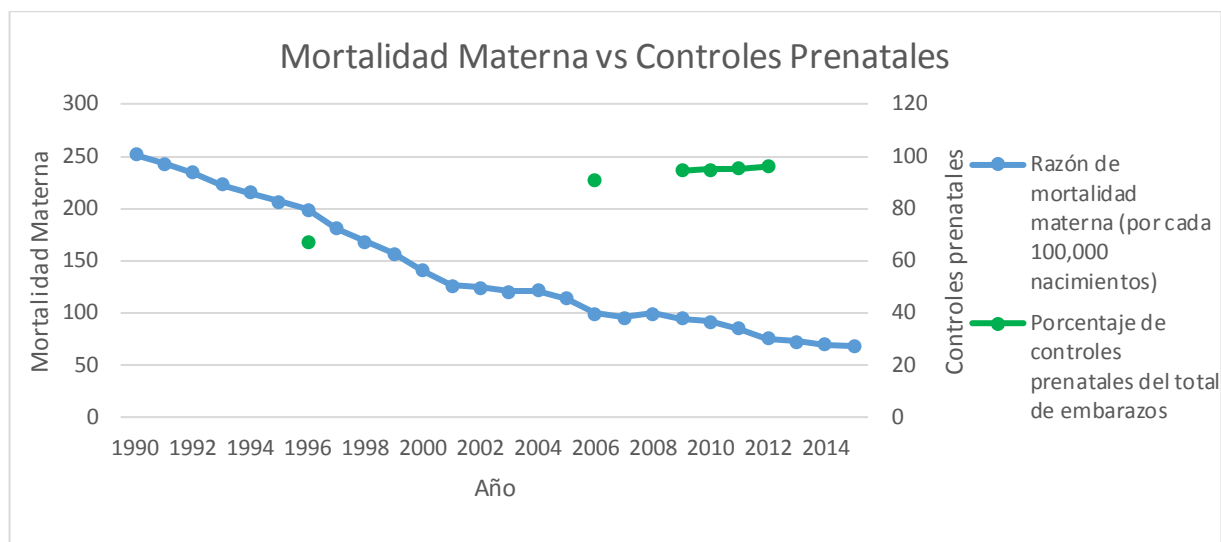
“La valoración de la maternidad, se manifiesta ambigua, pues mientras la mujer es gestante, constituye muchas veces un motivo de vergüenza persona, familiar o social, y especialmente si va asociada a factores de riesgo como edad de la madre, multiparidad, violencia sexual o estado civil; pero luego de dar a luz el estatus cambia y pareciera que por el solo hecho de tener un hijo y *ser madre*, la mujer adquiere otro estatus y respeto público, aunque las demás circunstancias sigan invariables” (Ministerio de Salud, 2009: 36).

Este contexto latinoamericano, Perú sigue siendo conservador sobre los embarazos y los abortos.

Un aspecto importante que hay que señalar es que de acuerdo a Del Carpio (2013) en el 2011 en Perú “el 50% de las mujeres que fallecieron no habían usado un método anticonceptivo, de allí la importancia de incrementar el acceso a los servicios de planificación, y de ampliar la gama de anticonceptivos” (Del Carpio, 2011: 463).

### 1.1.4 Controles prenatales

**Gráfica 26: Mortalidad materna vs Controles prenatales en Perú por años**



Fuente: Elaboración propia con datos del INEI, 2018a

La muerte materna en Perú, no se está dando en las mujeres que no tienen controles, porque los controles no pronostican una emergencia obstétrica, aunque ayudan a detectar ciertos padecimientos y a llevar un embarazo saludable. Cabe señalar que en Perú, los controles son frecuentes. Cada mes hay un control y conforme se acerca la fecha de parto se incrementa a cada quince días o semanal (dependiendo si se visualiza una complicación que necesita cesárea).

Sobre los controles prenatales es un tema de debate y conviene citar varios argumentos. El primer argumento, se desprende de un estudio realizado en Morelos México por Hernández en 1994 (referenciado por Santos 2010), se encontró que “las mujeres fallecidas asistieron al control prenatal en igual número de ocasiones que las que se controlaron, pero su primer visita fue en promedio, un mes más tarde” (Santos, 2010: 25).

El segundo argumento, afirma que la falta de controles prenatales no son causas determinantes en la mortalidad materna: “Existe suficiente evidencia científica que afirma que la presencia de controles prenatales no garantiza el proceso final de la gestación, sin complicaciones y que se debe a otros factores relacionadas con la respuesta de atención de las complicaciones obstétricas, tales como la atención



oportuna de emergencia o referencias adecuadas. Para el análisis se ha tomado en cuenta la información que se consigna en las fichas de investigación epidemiológica, consignando la categoría si tuvo o no tuvo control prenatal independientemente del número de controles prenatales que recibió la mujer” (Maguiña y Miranda, 2013: 73).

Como tercer argumento, las consultas prenatales salvan la vida de las mujeres que tienen complicaciones durante los embarazos; por ejemplo, en aquellas que no tienen que ver con hemorragia cuya incidencia no puede ser detectada o prevenida, por una visita prenatal (y causa más muertes en los lugares más pobres), la sepsis que se da después del parto o incluso algunos tipos de aborto. Sin embargo, las complicaciones pueden darse durante el parto o posterior a él: “Como cuestión puramente matemática y estadística, sabemos que los programas que ponen énfasis en los cuidados prenatales o en la evaluación de las mujeres embarazadas para identificar los embarazos de alto riesgo no lograrán detectar la mayoría de las complicaciones obstétricas, las que de hecho también entre las mujeres de bajo riesgo” (Yamin, 2003: 49). Los modelos basados en predicción y prevención no son efectivos, porque no pueden ser anticipados, ya que surgen de manera repentina, no se puede dejar todo a la estadística o a los cuidados obstétricos, pero las complicaciones sí pueden ser tratadas en los hospitales.

El cuarto argumento es a favor de las consultas prenatales. Finlandia era uno de los países con más mortalidad materna, pero ahora es uno con menores índices. El gobierno implementó desde 1949 incentivos materiales (paquetes de maternidad) para que todas las mujeres embarazadas checaran constantemente su estado (anterior a esa fecha, en los años 30, el paquete era solo para las mujeres de bajos recursos, pero el gobierno decidió posteriormente hacerlo universal). Se recibe una caja que contiene ropa y accesorios para el bebé al momento de presentar el certificado de embarazo y chequeos médicos antes del cuarto mes y hasta dos meses antes de que el bebé nazca (KELA, 2015).

Las consultas prenatales no van a resolver la muerte materna, pero si no se las realizan, la muerte materna puede incrementarse. Por esta razón, es indispensable que las mujeres se controlen y que la política de salud las haga obligatorias.

En Perú, uno de los principales problemas que tiene relación con la mortalidad materna tiene que ver con los embarazos no deseados. El Ministerio de Salud reconoce que “en el Perú como en muchos otros países, la mortalidad materna, está fuertemente asociada al problema de la maternidad no voluntaria, ya sea por presión social hacia

la realización de la mujer con la maternidad, por falta de acceso a métodos de planificación familiar y en otros por violencia sexual o familiar” (Ministerio de Salud de Perú, 2009: 34). Esto podría desembocar en dos resultados importantes para entender la mortalidad materna, por un lado está el aborto y por el otro la preferencia por el parto domiciliario con el fin de ocultar dicho embarazo (lo que trae como consecuencia que se evite el tratamiento con personal de salud calificado y que pueda haber incidencia en el aumento de la mortalidad).

Del Carpio (2013) afirma que las mujeres que continúan pariendo en casa lo hacen por la distancia, porque no existen adecuaciones culturales o por el mal trato que reciben en hospitales (Del Carpio, 2013: 463). Tarqui y Barreda (2005) en Perú está asociado también a la poca edad y ocultarlo debido a vergüenza (Tarqui y Barreda 2005: 114). Estos mismos autores, señalan además otros problemas que hacen que las mujeres prefieran el parto domiciliario a uno atendido en un hospital: la discriminación y malos tratos, la violencia, etc. Además, existen otras barreras en el acceso a los servicios médicos, las cuales son puestas por el género, la cultura o el nivel socioeconómico, etc., y son las siguientes, según estudios hechos por el Ministerio de Salud (2009): costo (40.6%), temor (29%), maltrato (20%), tiempo de espera (15%), vergüenza (11%) y distancia (8%) (Ministerio de Salud, 2009: 27). Olea (2016), menciona, por ejemplo, que se les niegan la atención a las mujeres debido a sus hábitos de higiene, “en la Sierra le preguntan si se han bañado o no se han bañado y si no se han bañado no las atienden” (Olea, comunicación personal, 2016). Sobre todo esto se da más en los lugares con población indígena. Pinedo (2016) enlista las razones por las que las madres no acuden a los servicios de salud:

“Una de las razones eran los malos tratos, la demora, los espacios muy fríos, tener a las madres mucho tiempo de piernas abiertas, decirles a las madres que son cochinas o de pronto no dejarles ingresar a su familiar al servicio de salud, o por ejemplo, que las madres no tienen con quien dejar a sus hijos, o quien cuide a sus animalitos, etc., etc., se veía en un mundo totalmente diferente de un parto que ellas podían tener en su casa, calentito, con todos los suyos de acuerdo a sus costumbres y sobre todo mirando y vigilando a sus hijos (Pinedo, comunicación personal, 2016).

Uno de los mayores problemas observados, es que, debido, entre otras cosas, a los malos tratos y la discriminación, existe un alto grado de desconfianza de las

mujeres indígenas hacia la medicina alópata, principalmente por malas experiencias y porque se opone a sus prácticas culturales.

“La presencia de la medicina occidental, es aceptada de forma limitada y solo si la mujer presenta algún riesgo durante los procesos de embarazo o parto...Esta concepción también debe ser comprendida y respetada por los profesionales de la salud, para mejorar la práctica que la medicina occidental impone al descubrir, exponer y manipular excesivamente el cuerpo de la mujer en estas situaciones, ya que puede ser interpretado como agresivas contra la mujer indígena, especialmente durante la atención institucional del embarazo y el parto” (Chávez *et al*: 2010: 686)

Pero también hay que señalar que no sólo existe una mala atención o negligencia de parte de las unidades de salud, también, muchas veces, las mismas mujeres son negligentes a la hora de buscar atención. Arana y Guerrero (2009) señalan que “es muy cierto que factores relacionados con la calidad de los servicios, tales como la falta de información, la desconfianza debida a experiencias negativas previas o a malos tratos potencian estos factores al grado de convertirse en verdaderas barreras para decidir si se acude o no a un servicio médico de urgencias” (Arana y Guerrero, 2009: 135).

Mucha de esta desconfianza y experiencias negativas que hacen que las mujeres busquen atención, se da porque existe una violencia persistente hacia las mujeres que están en labor de parto, la cual ha sido documentada en diversos estudios. En uno que realizaron investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública en dos hospitales del estado de Morelos México, se encontró, por ejemplo, que las mujeres eran sometidas a tocamientos innecesarios y más de los normales, para que los practicantes de medicina aprendieran con los cuerpos de las pacientes, lo cual se convierte en una práctica invasiva a la intimidad de las mujeres. También se resaltó el abuso verbal y alusivo a la vida sexual de las parturientas por parte del personal médico, golpes o aplicación de fuerza innecesaria o de más durante el parto o la obligación de usar un método anticonceptivo a pesar de que las mujeres se negaban a aceptarlo (Ver estudio completo en Valdez Santiago, 2013). En otro estudio realizado por Brofma *et al* (2003) (citado por Chávez *et al* 2010) también en 8 estados de México, se evaluó la satisfacción de atención de los servicios prenatales y se obtuvo que “la satisfacción no estuvo relacionada con la resolución clínica del profesional, ni la edad

o el género; así mismo el nivel socioeconómico fue un factor en el trato durante la consulta; en este sentido, las mujeres con más bajo nivel socioeconómico tuvieron peor trato” (Chávez, 2010: 69); estos estudios, aunque se hicieron en otro país, vienen a reafirmar los argumentos de Olea (2016) y Pinedo (2016) sobre la discriminación de las mujeres no sólo por su género, sino también por cuestiones étnicas, económicas o hasta de hábitos de higiene. Aunque haya atención médica y no necesariamente una “exclusión de la salud” la primera vez que se decide ir a un centro de salud, la discriminación (económica, étnica, por hábitos, etc.) y malos tratos es un problema que da como resultado una autoexclusión cuando se pudiera recibir atención médica por segunda vez, ampliando las brechas de salud, cortando una capacidad de libertad.

En otro estudio hecho en Guatemala, pero que bien pudiera aplicarse al caso de Perú, Hatecoeur (2007) (referenciado por Romero *et al*/2010), en un estudio hecho en una comunidad indígena de Guatemala, identifica los aspectos que bloquean la atención a las mujeres: “escasez de servicios de salud, carencia de recursos económicos, de infraestructura y recursos humanos que imposibiliten prestar un servicio de calidad, las condiciones de la consulta, el prolongado tiempo de espera, los altos costos de las consultas, medicamentos, así como del transporte; la percepción de los malos tratos recibidos por el personal de salud, derivados en algunos casos de su mala actitud y su capacidad limitada para atender a la población” (Romero *et al*, 2010: 44), todo esto además del idioma como barrera, al no dominar el español (ya que médicos o enfermeras no dominan la lengua indígena y no hay traductores), o cuestiones culturales que impiden el contacto y trato con el personal de salud.

Se ha documentado también que algunas mujeres indígenas presenten barreras a la hora de atenderse, además de la carencia de los servicios de salud en los lugares donde viven o por la falta de recursos para costearse el tratamiento (si no existe alguna clínica gratuita cerca del lugar donde viven). También existe el problema de que no les está permitido decidir por ellas mismas si pueden o no atenderse, aunado de una falta de interés personal por el cuidado de su salud (Arana y Guerrero, 2009: 136). En las comunidades indígenas, la falta de bienes de las mujeres las hace vulnerables a pagar servicios de salud, la falta de reconocimiento de sus aportaciones en el hogar y las pocas posibilidades de acceder al mercado laboral por la poca instrucción, además del hacinamiento en el que viven, son factores determinantes entre la vida y la muerte: “las condiciones económicas no cubren las necesidades básicas, mucho menos aquellas enfocadas en la atención de mujeres embarazadas; éstas pasan a segundo término o

en ocasiones no se contemplan ni se les da importancia” (Romero *et al*, 2000: 44). Por estas razones, las mujeres indígenas presentan más riesgos de morir que las mujeres que no lo son, pues en parte debido a “los obstáculos que enfrentan para acceder a servicios de salud calificados” (Freyermuth y Siesa, 2009: 12). Existe un “exceso de manipulación del cuerpo de la gestante cuando está en labor de parto”, como forma no sólo de desconfianza sino de vergüenza, no sólo de ocultar el embarazo que generalmente surge al no estar casada y estar gestando, sino al exponer la desnudez ante personas desconocidas. Lo anterior Pinedo (2016), lo ejemplifica a la perfección al relatar la información recabada por ella misma para una autopsia verbal, en donde la atención domiciliaria se llevó a cabo, entre otras razones, por esta vergüenza:

“Tuvimos una muerte materna de una madre muy joven, con 15 controles prenatales con asistencia al control prenatal muy permanente y siempre hecho con la madre. Esta niña era sobrina de un gobernador que era una autoridad local [...] la niña había sido atendida, porque así constaba en la historia clínica, en el parto por su propia madre y que al momento del parto la madre se encerró en la casa: solo la madre y la niña que iba a dar a luz. Al final murió la madre y murió el niño, porque la madre no estaba preparada para atender el parto, y no supo ayudar. Entonces cuando yo entrevisto a la madre después, la madre, lo que me dice era que *ella había tomado la decisión de atender el parto de su hija, primero porque ella ya sabía cómo atenderlo*, porque sin darse cuenta la obstetrix le había dado tanta información en relación al parto, porque la madre durante esos 15 controles prenatales se quiso preparar como partera, para atender el parto de su hija, entonces se creyó que con 15 conversaciones que tuvo con la obstetrix, con la capacidad de atender el parto, y ¿cuál era la razón de la madre para atender el parto de su hija?, la razón principal era, referida por ella, *que no quería que sus partes de su hija se hicieran públicas*, y cuando hablo de partes hablo de partes, (hablo entre comillas) se refiere la madre a la vagina” (Pinedo, comunicación personal, 2016)

No sólo las mujeres que querían ocultar su embarazo o sus cuerpos a desconocidos, prefirieron el parto domiciliar, sino que esta opción era un problema generalizado en Perú debido a la poca recurrencia a servicios médicos, por lo que para hacerlo obligatorio se impusieron nuevas formas de abuso como la negación de

otorgamiento de certificados de nacimiento o el cobro de multas para obtenerlos a las mujeres que parían en casa y que no habían dado a luz en establecimientos médicos (Rousseau, 2007: 324).

Hay una gran tendencia en los países desarrollados, de llevar partos domiciliarios y salvo en casos de embarazos complicados, estos se atienden en hospitales. Así se realizan en algunos países de la OCDE como Reino Unido, Holanda e Irlanda, los cuales se describen a continuación. Los partos son financiados por el mismo estado (incluso en algunos lugares se opta por hacerlo en el domicilio):

**Tabla 12: Comparación de algunos países europeos sobre cómo se lleva el parto**

País	Parto en Hospital	Parto en lugares especiales de maternidad	Parto domiciliario	Atención pos parto
Reino Unido	Llamado <i>obstetric units</i>	Llamado <i>Alongside midwifery</i> y <i>freestanding midwifery units</i>	Existe atención a domicilio	Acompañamiento pos parto
Holanda	Con especialista (obstetra) y hospital cuando se presentan complicaciones. También hay espacios dentro de hospitales pero el paciente asume el costo.		Promoción del parto domiciliario con matrona (y en algunos casos con médico general).	Se le asigna un profesional de enfermería que va al domicilio a cuidar a la mujer durante 8 días posteriores al parto.
Irlanda	Gratuidad en el servicio, los obstetras realizan control	Existen unidades separadas de los hospitales	Si se opta por un parto domiciliario y no está	

	antenatal y las matronas atienden el parto en hospital.	que son atendidas por matronas.	disponible en su lugar de residencia, el estado financia a la matrona privada.	
--	---	---------------------------------	--	--

Fuente: Escuriet *et al* (2014)

Por una parte, “el nacimiento en el hogar” resolvería la saturación que existe en los hospitales públicos y sería una buena opción la domiciliación del servicio para partos, en apariencia (porque nunca se puede predecir la complicación), sin riesgo alguno, pero tendría que haber la disponibilidad de la vigilancia y monitoreo médico para el caso de los lugares donde ya se practica, como las comunidades indígenas. Ahí y en otros lugares, hace falta un monitoreo constante, el cual podría evitar riesgos (además del acompañamiento pos parto, pues como se sabe, muchas de las muertes también suceden en el puerperio) y además se necesitan de lugares a dónde referir rápidamente las complicaciones presentadas.

Por otra parte, en países como Perú, donde la hemorragia es la principal causa de muerte y esta no sólo está relacionada con la pobreza, sino con parir en el domicilio (o no se tenga otra opción de dónde parir) y/o no llegue a tiempo a un hospital cuando existe una complicación. Principalmente, cuando hay hemorragia, el tiempo es un factor crítico entre la vida y la muerte: la mujer no puede tardar más de dos horas para que la mujer sea atendida en un establecimiento con capacidad resolutive (Masumura, comunicación personal, 2016; Tavera, comunicación personal, 2016). Hay evidencia que las mujeres que “no reciben atención prenatal y dan a luz a su domicilio tienen 19 veces más probabilidades de morir que aquellas que reciben atención prenatal y dan a luz en un establecimiento de salud” (Santos, 2010: 32).

Sin embargo en el caso del Perú, se puede observar cómo las cifras han cambiado y en 12 años se pudo lograr que más partos se atendieran en hospital o clínica, sin embargo, realmente sólo cambió el lugar de muerte de las mujeres: si bien estas dejaron de parir en casa y de morir en casa, parieron en hospitales o centros de salud, pero también más mujeres murieron en hospitales. Citando a Del Carpio (2013):

“La mortalidad materna en el 2000 ocurría en el domicilio en el 53% de los casos, y en un establecimiento de salud en el 41%; probablemente

llegaban muy tarde a los establecimientos de salud o no se contaba con una capacidad de respuesta adecuada para resolver las complicaciones. Para el 2012 se observó un incremento de la mortalidad materna en los establecimientos de salud de un 63.9%, mientras que en el domicilio se redujo a 22%, y durante el trayecto al establecimiento ocurrió en 12.5%” (Del Carpio, 2013: 463).

Debido al cambio de lugar de muerte de las mujeres, Yamin (2003) hace la siguiente crítica: “no se debe seguir alentando a las mujeres para que den a luz en los establecimientos, a menos que estén equipados y preparados para resolver las emergencias obstétricas conforme a las funciones establecidas en las Pautas de la ONU” (Yamin, 2003: 303). La crítica de Yamin tiene razón en el sentido de que la mujer anda vagando de un lugar a otro en busca de atención, prolongando su agonía e incluso mermando más la precaria economía de la familia; pero es más cínico e inhumano decir que si de todas formas se va a morir, que se muera en casa, al menos así se puede decir que fue negligencia médica o por precariedad del servicio y no por negligencia familiar. Como bien se señaló en párrafos anteriores, el lugar de muerte cambia de la casa al hospital si estos: 1) si no cuentan con el personal calificado para resolver complicaciones obstétricas y 2) no cuentan con las instalaciones, equipo o insumos para atender dichos problemas. Sobre el primer punto, Vigo (2016) relata lo siguiente:

“Cuando analizamos los causas de por qué moría una mujer, el problema era que una mujer que empezaba su sangrado por retención de placenta. Esta mujer tenía que caminar 2 o 3 horas para allegar a un establecimiento de salud, la mayoría ahí encontraba técnicas de enfermería no profesionales, que no sabían qué hacer con ella, sino mandarla a un establecimiento que estaba a cuatro horas, entonces en 8 horas más moría, teniendo en cuenta de que antes de 4 horas debía tener y algún tipo de estabilización para que la paciente llegara consciente [...] a un lugar donde pudieran resolver el problema” (Vigo, comunicación personal, 2016)

Es así, como la política de salud materna, surge como una respuesta a institucionalizar el parto en el Perú. Si bien, se ha cambiado el lugar de defunción, del domicilio al hospital, al menos el Estado ha podido controlar sus estadísticas al tenerlas centralizadas. En resumen, el problema no es dónde la mujer pueda parir, el problema



es que tanto sus domicilios como los hospitales no están preparados para darles atención médica. Se debería de asignar vigilancia y control a las mujeres durante el embarazo y posterior a él. Es preferible la atención hospitalaria, si esta se da con calidad y además si el trato que reciben las personas es respetuoso y humano. Aquí surge uno de las variables que hizo que Perú bajara sus índices de mortalidad, sobre todo en aquellos lugares donde se prefería domiciliario, y fue que su política tuvo que hacer adecuaciones culturales para acercarse a las personas.

### **1.1.5 Parto humanizado y/o intercultural**

En Perú la mortalidad materna, se presenta en mayor medida entre la población que es pobre y/o indígena. Es importante tomar en cuenta el factor indígena para entender por qué el problema de la mortalidad materna se agrava en esos territorios y es, en primera instancia, una característica de la pobreza: “la incidencia de la pobreza es desproporcionadamente mayor entre los grupos indígenas en comparación con los no indígenas, y va acompañada de otros factores adversos, como la discriminación, el analfabetismo, la falta de acceso a los servicios sociales, las violaciones de derechos humanos, los conflictos armados, el narcotráfico y el deterioro ambiental” (Nuñera, 2009: 368)

En Perú, la población indígena equivale al 25% del total de sus habitantes que son 6.5 millones (Ribotta, 2010) aunque otras estimaciones como las de Nuñera (2009) sugieren que alrededor del 40% de la población lo es (un aproximado de 28 millones de habitantes) (Nuñera, 2009: 369).

Las políticas públicas peruanas, se han enfocado a la atención de esta población por considerarla en primer lugar, la más vulnerable y en segundo lugar la más propensa a que se presente el fenómeno de la mortalidad materna, que dicho sea de paso, son altamente dependientes de la salud que les brinda el gobierno: “la mayoría de las mujeres sin seguro provenientes de las clases bajas dependen de *qué* y *cómo* sean provistos los servicios públicos de la atención médica” (Rousseau, 2007: 309). A pesar de ya haber sido identificado como prioritaria, la atención a este tipo de población y de realizar intervenciones, éstas no han modificado en gran medida los índices, en gran parte se debe a lo siguiente que Nureña (2009) señala:

“la prestación de servicios de salud de baja calidad afecta también a otros sectores de la población nacional, pero alcanza los peores niveles

en las zonas habitadas por pueblos indígenas. El personal de salud posee en general una limitada competencia en materia intercultural, y es difícil retenerlo en las zonas rurales. Por otra parte, aunque la asistencia sanitaria suele ser gratuita para las comunidades campesinas y nativas, las barreras geográficas dificultan el acceso a los servicios, cuyos costos incluyen, en un análisis riguroso, gastos de transporte, alimentos, alojamiento y medicamentos, así como desamparo familiar y pérdida de días laborables. A ello se añaden deficiencias en el suministro de medicamentos y en el equipamiento, sobre todo en zonas de más difícil acceso” (Nureña, 2009: 369).

El mismo Nureña (2009) señala también factores que han sido identificados en estudios hechos en México, que presentan mucha similitud con Perú. Por ejemplo, que el personal de salud no domine la lengua local (y muchos de ellos por las malas condiciones de vida deciden abandonar cuanto antes el lugar), el temor, la desconfianza, la discriminación, además de la violencia por grupos armados o narcotráfico, etc. (Nureña, 2009: 369-370), pues hay que recordar que Perú pasó por una guerra civil y por narcotráfico la década del gobierno de Fujimori.

El Proyecto 2000 así como Par Salud hicieron un esfuerzo para solucionar el problema de la comunicación entre el personal de salud y los grupos indígenas, capacitando al personal para que aprendieran los idiomas nativos o vocabulario clave para la atención, sobre todo de los idiomas más hablados en Perú que son el quechua y aimara (Masumura, comunicación personal, 2016; Choque, comunicación personal, 2016).

En el estudio realizado por Gabrysch *et al* (2009) en Ayacucho, uno de los lugares de Perú con más mortalidad materna, en el cual las tres cuartas partes de su población es indígena, en pobreza extrema, con bajos niveles de alfabetismo en especial entre las mujeres y además de ser un lugar azotado por la guerrilla en los 80's, se adaptó en una clínica (centro de salud) el modelo vertical de alumbramiento (usado en las comunidades indígenas) (Gabrysch *et al*, 2009: 724), lo cual contribuyó a que más mujeres se atendieran en dicha clínica porque cubría con sus necesidades. En esa misma zona, se incorporó el concepto de los derechos humanos en las prácticas de salud. Este proyecto tuvo el apoyo de FEMME PERU para implementar servicios que brindarían Cuidados Obstétricos de Emergencia (COEm) (Santos, 2010: 24).

Aunque el programa en Ayacucho, fue un programa piloto, dado su éxito, después el 2004, el Ministerio de Salud de Perú, estableció como Estrategia Sanitaria Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas y de Salud Reproductiva la atención del parto vertical y se incorporó el enfoque intercultural tomando en cuenta “una perspectiva de género, derechos humanos e interculturalidad”, enfocándose en el parto vertical, reducir las barreras económicas, geográficas y culturales (Nureña, 2009: 371). Sin embargo, Yamin (2003) afirma que no hubo enfoque de género de género en el Proyecto 2000:

“El proyecto 2000 no tuvo un enfoque más explícito sobre este tema. El hecho de que estos proyectos abordaran las necesidades de las mujeres, hacía que las instituciones que las financiaban los consideraran como si tuvieran una perspectiva de género. Pero, desde luego, esa perspectiva era parcial. Además, los proyectos no estaban vinculados a una política pública sobre el tema de género o a través de una estrategia de ayuda al país” (Yamin, 2003: 297).

Y esto es una de las principales fallas de la política pública, porque una política dirigida a las mujeres la cual carece de enfoque de género, no es una política efectiva. Pero más allá de eso: una política como esa que no logre empoderar a las mujeres de nada servirá, porque seguirá siendo asistencialismo puro y cuando la política se quite, la mujer continuará en la misma condición previa a la intervención, porque no se le pudo dar las herramientas para que ella misma pueda cambiar su situación. Muchas de estas herramientas podrían ser prevenir embarazos no deseados y conocer los signos de alarma en el embarazo. Sobre este tema del empoderamiento y la política de salud materna en Perú, Olea (2016) afirma que “todavía falta mucho en prevención para poder decir que se empodera a la mujer...justamente esa es la debilidad, hay poca inversión en educación, en salud sexual y salud reproductiva” (Olea, comunicación personal, 2016)

Las causas de las muertes maternas pueden ser diversas, entre ellas destacan: la falta de médicos y demás personal capacitado, así como demoras en el traslado o la negligencia (tanto médica, como de las propias mujeres en no querer atenderse) son factores que ponen en peligro la vida de ellas. Pero, aunque muchos factores están relacionados, no todas las muertes maternas son causadas por médicos o los servicios

de salud, también por factores sociales, económicos y culturales, además del desconocimiento de quien no practican la medicina alópata, es decir, del desconocimiento de síntomas graves por la sociedad en general. Por lo que podemos decir que no sólo existe negligencia, sino también desconocimiento por parte de las embarazadas, sus parejas o familiares, así como de las personas que están cercanas a ellas y las atienden, lo que puede influir en los riesgos de morir. Debido a esto, sería necesario realizar campañas informativas para la sociedad, similares a las que algunas veces realiza el gobierno cuando se trata de riesgos epidemiológicos o pandémicos que se presentan en un país.

Si toda la gente conociera las complicaciones que puede tener una embarazada, se podrían salvar vidas, pues “la experiencia demuestra que es posible reducir la mortalidad materna y perinatal, cuando la sociedad en su conjunto reconozca y valore la vida de las mujeres y recién nacidos, identifique oportunamente los signos de peligro, sepan qué hacer y a dónde acudir en caso de complicaciones” (Ministerio de Salud, 2009: 30)

Es necesario que toda la sociedad conozca los síntomas cuando una mujer corre peligro porque está en estado de gestación o porque lo concluyó.

Yamin (2003), lo explica también:

La muerte materna no sólo tiene que ver con “cómo se administran los servicios de salud en todo momento y no simplemente los protocolos de emergencia y los materiales, ya que las familias pasan por complejos procesos para decidir cuándo llevar a la mujer para que reciba cuidados obstétricos, aun en casos de emergencia de vida o muerte. La mujer rural, generalmente, no es la que toma estas decisiones; ella está más aislada culturalmente que el hombre por múltiples razones, incluyendo el ser responsable de los niños, el no tener control sobre los recursos de la familia; y el sistema de salud en general refuerza esta exclusión social basada en géneros” (Yamin, 2003: 39).

De primera mano, el análisis nos lleva a enfocarnos a la atención médica; sin embargo, existe un contexto social e histórico que influye directa o indirectamente en su estado de salud; por ejemplo, cómo saber si las mujeres que murieron tenían malos hábitos, en este caso una mala nutrición, algún tipo de vicio o padecimientos anteriores que se agravaron con el embarazo y que están directamente relacionado con el

aumento de la diabetes o la anemia entre las que murieron o si los hospitales en verdad no estaban preparados para tratar ciertas enfermedades que las mujeres tenían antes de embarazarse y por consecuencia necesitaban de una cirugía de mucha complicación. Esto no se puede saber sin tener los detalles.

Muchos de estos detalles, se pueden obtener de dos formas: ampliando los cuestionarios para recabar estadísticas, pero también se necesitan más estudios a profundidad e investigación de campo. Romero *et al* (2010), subrayan la importancia de otras disciplinas para abordar la mortalidad materna, como por ejemplo, de la antropología y la sociología, con el fin de saber más detalles de la vida de las mujeres y la influencia de factores socioculturales en ellas: “cómo las mujeres se cuidan a sí mismas y a su embarazo, en términos de las actividades que realizan, su alimentación, la convivencia con su familia y red social en general, su condición económica y si tienen acceso a los servicios de salud, tanto institucionales como tradicionales, así como la calidad de éstos. Así mismo, estas disciplinas sociales intentan recuperar los significados y creencias que existen alrededor de la maternidad, la salud y la enfermedad que se traducen en prácticas” (Romero *et al*, 2010: 43). Este es otro de los retos de la política pública, el conocer bien a la beneficiaria de la misma.

**Tabla 13: La interculturalidad en la política de salud en el Perú**

<b>Aplicación de la intercultural en el Perú en los programas de salud materna</b> <b>¿Qué es diferente?</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El parto se lleva a cabo de una manera vertical</li> <li>• Un familiar asiste en el parto (generalmente esposo o suegra)</li> <li>• Personal de salud está ahí por si sucede algún problema</li> <li>• Ponen un cuero de borrego (pellejo)</li> <li>• Utilización de hierbas</li> <li>• Prohibido cortar el cordón con navaja (o el niño será criminal cuando crezca)</li> <li>• Se le entrega la placenta a la familia (quienes la entierran en una ceremonia como ofrenda a la tierra).</li> </ul>

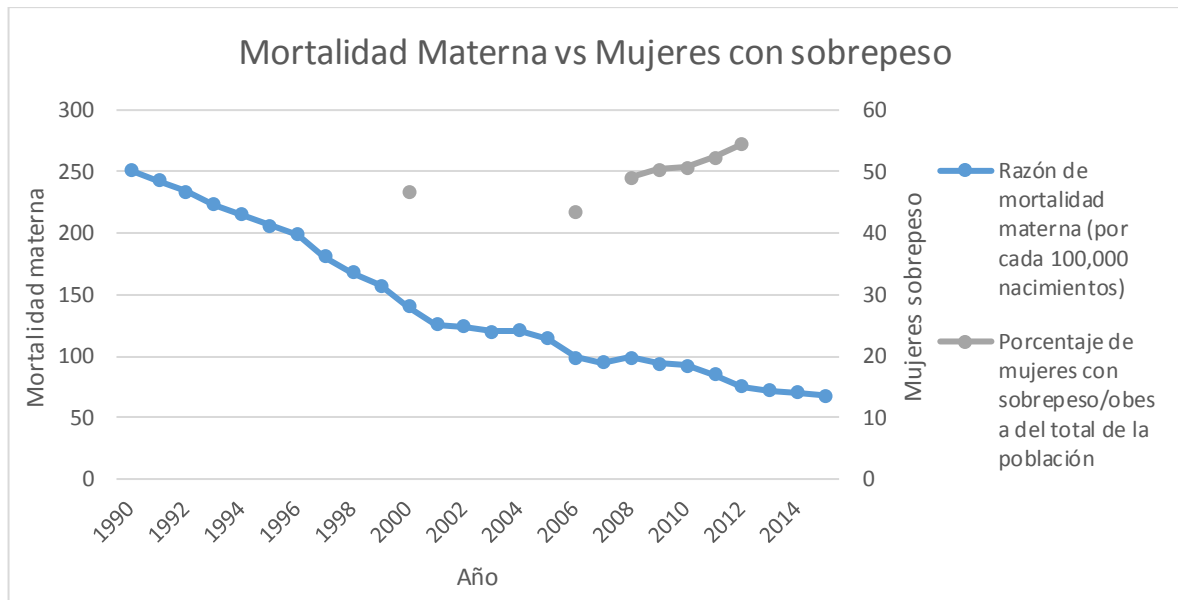
- Espacios oscuros y calientes, lo frío es sinónimo de muerte, lo negro es sagrado, lo blanco, claro y luminoso es lo contrario.
- Casas maternas/de espera, cerca del centro de salud, adecuadas con cocina, espacio para que hijos y esposo duerman, corral para animales, para que estén antes del parto o días después de él para recuperarse.

Fuente: elaboración propia a partir de información descrita anteriormente.

### 1.1.6 Detección de enfermedades y tratamientos por adicción

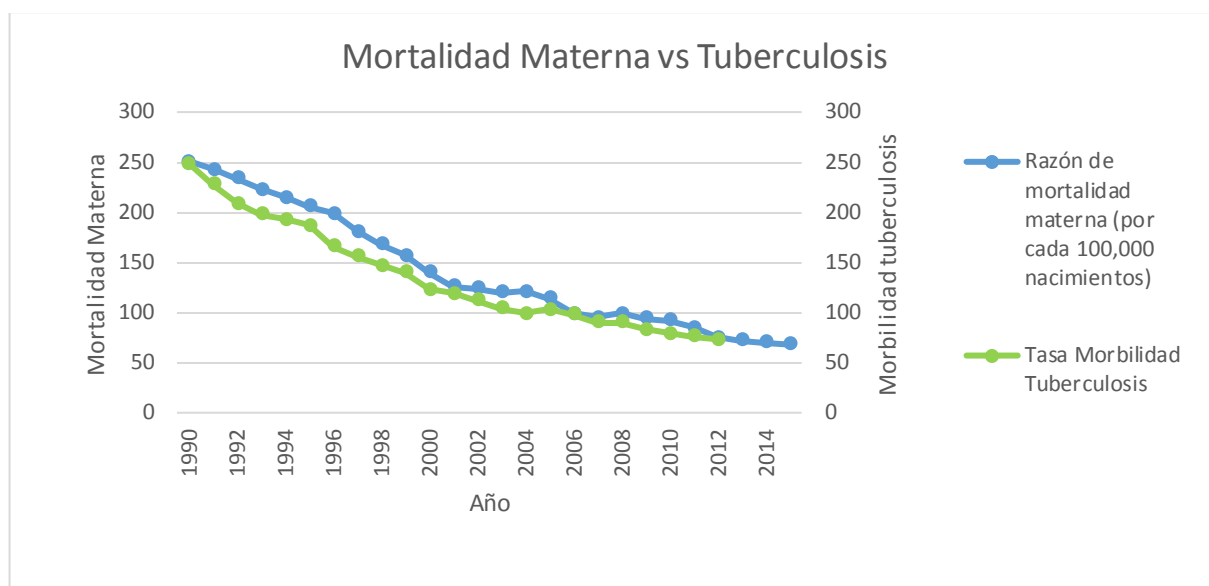
Las gráficas presentadas a continuación se realizaron con las estadísticas disponibles nacionales:

**Gráfica 27: Mortalidad materna vs Mujeres con sobrepeso**



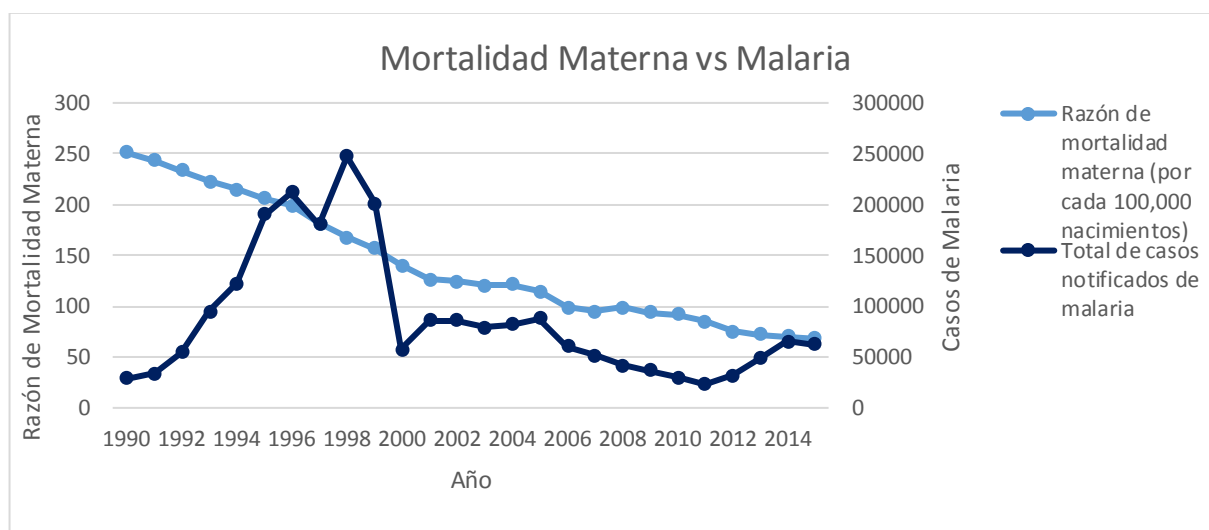
Fuente: Elaboración propia con datos del INEI, 2018<sup>a</sup>

**Gráfica 28: Mortalidad materna vs Tuberculosis en Perú por años**



Fuente: Elaboración propia con datos del INEI, 2018<sup>a</sup>

**Gráfica 29: Mortalidad materna vs Malaria**



Fuente: Elaboración propia con datos del INEI, 2018<sup>a</sup>

En Perú, todavía no pueden solucionar problemas como enfermedades infecciosas, donde la malaria, la tuberculosis y la fiebre amarilla existen (padecimientos parecidos a África pero no en el mismo nivel); al mismo tiempo se presentan con mayor frecuencia enfermedades crónicas degenerativas o nuevas (como la diabetes o el VIH), aunado a una falta de infraestructura médica (de facilidades y personal) así como falta

de cobertura (poca cantidad de asegurados) (Huynen *et al*, 2005: 55) y las principales causas de muerte en la población femenina son predominante enfermedades crónico degenerativas” (Maguiña y Miranda, 2013: 18). Es importante repasar la transición epidemiológica ya que como lo reporta Huynen *et al* 2005 muchas de estas enfermedades surgidas en el embarazo causan la mortalidad materna.

Así mismo otro problema de la mortalidad materna, tiene que ver con los estilos de vida de la vida moderna. Sobre los estilos de vida de las mujeres que influyen en la mortalidad materna, Ristori Milla (2017), quien es jefa del Departamento de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud del Gobierno de Coahuila México, comenta lo siguiente:

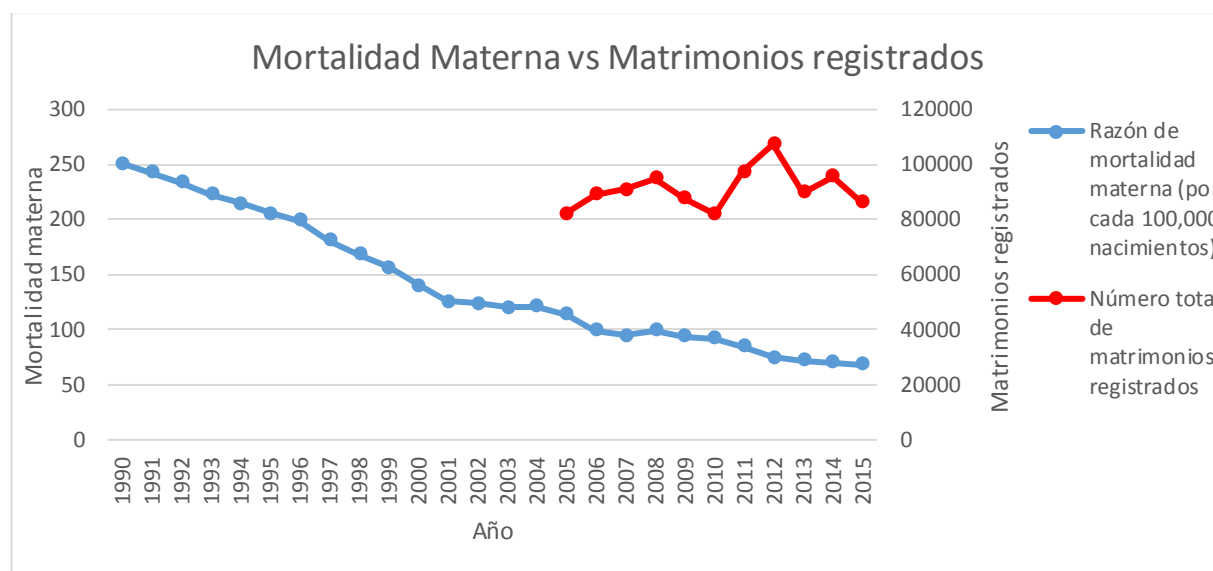
“La preclamsia y eclampsia se provoca por la placenta, la mala placentación ¿sí? pero obviamente o sea hay dos tipos de presentaciones de la preclamsia, la más temprana o la más tardía... hay muchas situaciones que van a favorecer que se presente con mayor riesgo o que se complique más que el síndrome metabólico, obviamente la obesidad o sobrepeso, hipertensión crónica, diabetes o resistencia a la insulina ¿Por qué? Porque de por sí ya traemos un problema para nivel particular y de grasa y eso obviamente va favorecer a que la preclamsia puede ser una paciente súper delgadita, que haga ejercicio y todo pero si ya entro en esa situación de mala placentación, si, puede desarrollar una preclamsia, claro que sí, no lo evita, su condición le va disminuir considerablemente los riesgos que a una paciente obesa, con sobrepeso, que tenga diabetes crónica o que es diabética tipo 1, que es hipertensa o que ha tenido problemas síndrome metabólico pues obviamente esa persona va tener mucho mayor riesgo... Desafortunadamente no hay una cultura de atención pre-gestacional... Dar asesoría reproductiva y médica a la pareja, no solamente a la mujer, los dos.... Antes del embarazo que eso es lo ideal, toda pareja que busca embarazarse tiene que ir antes para ver si están con la hemoglobina, si hay algún problema infeccioso, si el peso es el adecuado, si hay algo que hay que corregir y empezar a tomar los suplementos alimenticios, mínimo 6 meses y realmente 1 año antes de empezar a buscar el embarazo y los suplementos no son solo para la mujer, son para ambos, porque hay que recordar que la genética del bebe no todo es lo de la mama y en los problemas de mala placentación tiene que ver genéticamente el hombre” (Ristori Milla, 2017).



### 1.1.7 Captación y monitoreo de embarazos en menores de 18 y mayores de 35 años

Este tema tiene relación con el estado civil y la edad del matrimonio y la edad de la mujer. Lo cual se explica a detalle a continuación.

**Gráfica 30: Mortalidad materna vs Matrimonios registrados**



Fuente: Elaboración propia con datos del INEI, 2018a

Como se pudo observar en datos de Maguiña y Miranda (2013: 14), para la mortalidad materna de 2002 al 2011, 61.9% eran casadas y 46.9% en convivencia. Estos datos se revierten al paso de los años ya que el Ministerio de salud (2016: 69) para el año 2015, publica que la mayoría estaban en “convivencia” 67% y el 15.30% casadas. Aunque lo que en realidad debería importar para el análisis es que las mujeres que tienen pareja “estable” son las que mueren mayormente ya que son las que tienen más probabilidades de querer tener hijos para hacer una familia. Esto explica una lógica, no el fenómeno en sí.

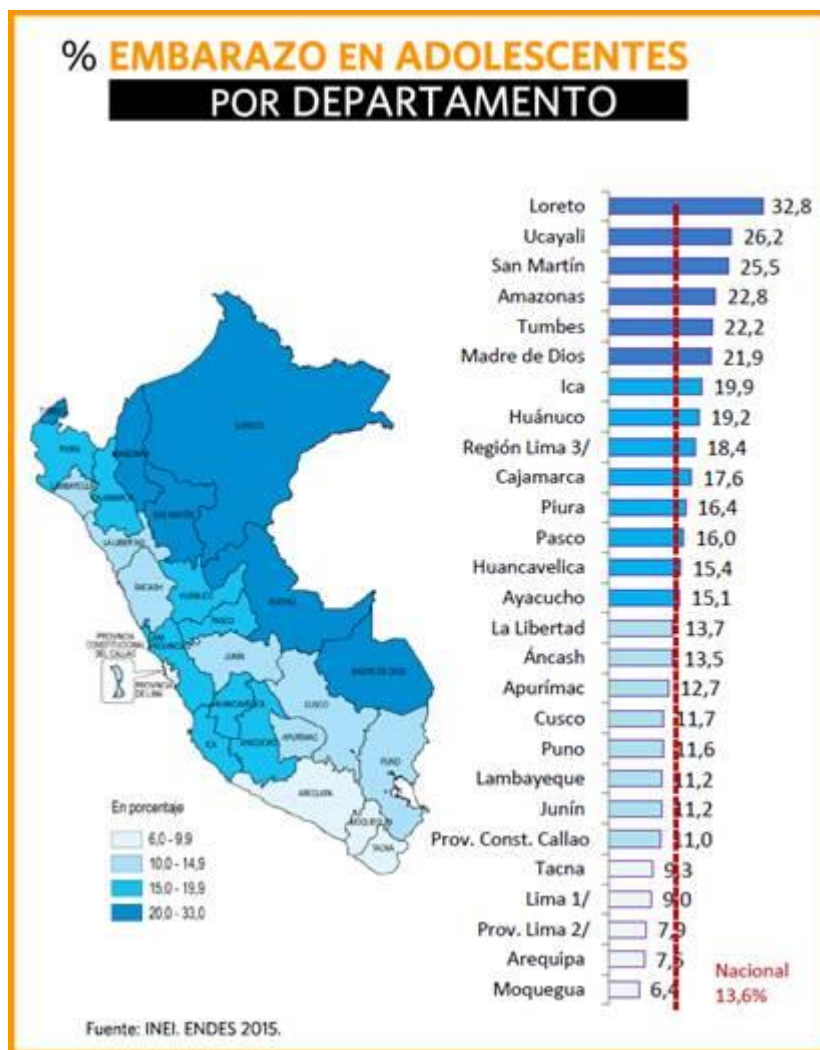
Cuando se combina edad del embarazo con estado civil y el embarazo es llevado a una edad temprana y soltera, muchas veces se esconde por vergüenza e ignorancia.

Gráfica 31: Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años alguna vez embarazadas



Fuente: UNFPA (2016)

**Mapa 5: Porcentaje de embarazo en adolescentes por departamento**



Fuente: UNFPA (2016)

“El riesgo de morir para una adolescente menor de 15 años durante un embarazo o parto es el doble que el de una mujer adulta” (UNFPA y Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables de Perú (2016) y en Perú se estima que alrededor de 40 adolescentes mueren al año, aunque no se conoce con exactitud. En Perú existe el “Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013-2021”, cuya meta es: “reconocer las consecuencias del embarazo no planificado en adolescentes como un problema de salud pública dentro de la Subregión y declarar prioritarios los planes para su prevención y atención integral” (Gobierno de Perú, 2013: 1).

Este programa se da en el contexto de la preocupación del gobierno ante el incremento del embarazo en adolescentes pues “según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES 2012, el 13.2% de las adolescentes de 15 a 19 años había cursado un embarazo.

Según cifras oficiales del Censo del 2007 en el Perú “hay 160,258 madres adolescentes de 12 a 19 años, de las cuales 4,521 tienen edades entre 12 a 14 años y 155,738 entre 15 y 19 años” (Gobierno de Perú, 2013: 4), ya que la fecundidad en adolescentes ha aumentado, sobre todo en los últimos 25 años, “el porcentaje de embarazo en adolescentes ha presentado una tendencia al aumento en los últimos años. Mientras que la ENDES 2000 reportó que 13.0% de las adolescentes eran madres o estaban embarazadas, la ENDES 2012 muestra que el 13.2% de las mujeres de 15 a 19 años de edad ya estuvo alguna vez embarazada, de estas el 10.8% ya es madre, y el 2.4% está gestando por primera vez. Respecto a los embarazos no planeados (lo quería después) la misma encuesta muestra que asciende al 57.8% en las mujeres menores de 20 años” (Gobierno de Perú, 2013: 8). De entre esto, en los lugares donde más porcentaje de embarazos hay es en Arequipa 5.3%, Tacna 6.9%, seguido de Lima, Puno y Moquegua con 7.7%, 8.9% y 9.5% respectivamente, es decir Lima y Tacna como ciudades más grandes y principales del Perú (Gobierno de Perú, 2013: 9).

Muchos le achacan el problema de la mortalidad materna a los embarazos adolescentes, causada por: la falta de gratuidad en los anticonceptivos y la penalización en el aborto. Para un país con la cantidad de población como el Perú, que de todos los embarazos el 17% le corresponda a los adolescentes, casi la quinta parte, es una cifra fuerte para el país (Tantaleán, comunicación personal, 2016), además de que es una tendencia progresiva y sostenida hacia el aumento (Tavera, comunicación personal, 2016). El problema no es tanto que todos los embarazos de este grupo terminen en muerte materna, sino el problema social que causa y más para, como ya se comentó anteriormente, lo conservador de la sociedad, el estigma y el rechazo por parte de su familia, lo cual hace que las adolescentes se vean en situación precaria y además que trunquen su futuro: “el 75 % de los embarazos ocurren en chicas de los 17 a los 19 años y solamente un 10% en menores de 15 años, el riesgo de muerte está en las menores de 16 y eso es muy poquito” (Tavera, comunicación personal, 2016). El problema de los embarazos en adolescentes es un problema más que de salud pública (que sí lo es), es más social y económico al incrementar la pobreza en ese

grupo, al tener niños y familias (monoparentales en su mayoría), en situación precaria, sin nivel de estudios alto, sin trabajo, etc., etc.: “no están ahí la mayor cantidad de muertes maternas cuando tu miras porque las estadísticas no está ahí el extracto del grueso, es decir, cierto son chicas que tienen más riesgo que pueden tener más complicaciones pero adicionalmente se frustra también eso en el futuro pero yo creo que el tema está un poco más allá” (Tantaleán, comunicación personal, 2016). El gobierno lo reconoce al establecerlo en el plan: “Las complicaciones que presentan los hijos de madres adolescentes están relacionadas más a los factores sociales que a determinantes biológicos” (Gobierno de Perú, 2013: 14).

Lo anterior coincide con estudios que han hecho otros investigadores. Para Huanco *et al* (2012) “debido a las intervenciones de salud pública, actualmente es controversial si el embarazo en adolescentes es un factor de riesgo materno-perinatal. Diversos investigadores consideran la existencia de suficiente información que demuestra que el embarazo y el parto se puede llevar a cabo con resultados similares al de las mujeres adultas, especialmente si las adolescentes son mayores de 15 años, dejando de ser un riesgo biológico importante, para continuar siendo sólo un riesgo para la vida social y económica de la mujer” (Huanco, 2012: 123), debido al “incremento del riesgo en la salud de las adolescentes madres y del recién nacido, la reproducción de familias tempranas, la prevaecía de bajos niveles educativos en las mujeres, la reproducción de la pobreza, así como el impacto en el entorno inmediato y en la sociedad en general” (Gobierno de Perú, 2013: 4)

Sin embargo hay estudios que dicen lo contrario. En el estudio hecho por Huanco (2012) para Perú, se encontró que el problema de la desnutrición estaba más arraigado en las adolescentes “la anemia es más común en adolescentes porque tienen dieta inadecuada, sus malos hábitos alimentarios propios de la edad contribuyen al déficit de hierro” (Huanco *et al*, 2012: 127), ya que son las que se alimentan peor, que están en plena etapa de desarrollo:

“El embarazo en la adolescencia conlleva riesgos de tipo nutricional porque el crecimiento materno impone necesidades que se suman a las del embarazo, tienen mayores necesidades proteicas, de energía, vitaminas y minerales. En la adolescencia se tienden a asumir dietas restrictivas con ayunos prolongados para no aumentar de peso y esconder el embarazo, lo que agravaría los estados de hipoglucemia característicos de la primera mitad del embarazo. La carencia de

nutrientes puede retrasar su crecimiento y disminuir su estatura final, además se crea una competencia entre la madre y el feto por los nutrientes” (Huanco *et al*, 2012: 127).

En otro estudio realizado por Menéndez *et al* (2012) afirma que “Los riesgos médicos asociados al embarazo en madres adolescentes, determinan una elevación de la morbilidad materna y un aumento estimado de 2 a 3 veces en la mortalidad infantil, cuando se compara con los grupos de edades entre 20 y 29 años, recogida en la bibliografía consultada. Las patologías maternas, perinatales y de recién nacidos son más frecuentes en las mujeres menores de 20 años y, sobre todo, en los grupos de edades más cercanos a la menarquia, menores de 15 años. Con respecto a las enfermedades relacionadas con el embarazo, las adolescentes sufren más complicaciones que la mujer adulta, entre las que podemos citar la toxemia, la eclampsia y las anemias. Son más proclives también a los partos pretérminos, que pueden llevar incluso a la muerte, o a recién nacidos de bajo peso, prematuridad, traumas obstétricos y un riesgo elevado de muerte prenatal en el transcurso del primer año de vida. Además, en la embarazada adolescente se suma el riesgo nutricional, pues se añaden a las necesidades normales de su crecimiento, las del feto que engendra” (Menéndez *et al*, 2012).

En el estudio hecho por Conde-Agudelo y Belizán (2000), asoció una fuerte relación a los intervalos de embarazo menores a los 6 meses a ciertas afecciones como la hemorragia en el tercer mes y la ruptura prematura de las membranas o hasta anemias. En contraste, los intervalos mayores a los 59 meses a la preclamsia y eclampsia (Conde-Agudelo y Belizán, 2000: 419).

Así mismo Huanco *et al* (2012) observó que “las embarazadas adolescentes presentaron mayor riesgo de bajo grado de instrucción (analfabeta o primaria), soltería, no trabajan, residencia en la selva, peso pregestacional menor a 45kg, tallan menor de 145cm y desnutrición materna. Las adolescentes presentaron en promedio peso pregestacional de 51.8 kg, talla 152cm e índice de masa corporal (IMC) 22,3 significativamente menor que las adultas” (Huanco *et al*, 2012: 124). Sobre todo también se resalta en el estudio las pocas alternativas que estas jóvenes tienen y que las orillan a iniciar con una maternidad temprana, la alta dependencia económica hacia sus familiares y sobre todo la inestabilidad conyugal. Esto tiene que ver con el poco

desarrollo de capacidades, sobre todo educativas y las que apenas logran tener, las abandonan por la misma razón: “es probable que la totalidad de las adolescentes embarazadas desertarán durante el embarazo a nivel de la enseñanza secundaria, debido a la vergüenza y las complicaciones médicas del embarazo, o lo hayan hecho mucho antes de su estado grávido, por diversos factores” (Huanco *et al*, 2012: 126).

El problema mayor es la cuestión cultural y presiones sociales, donde en el caso de los embarazos adolescentes (y también en el caso de otros embarazos, en su mayoría los que se dan en el contexto, como el de estar fuera del matrimonio), son ocultados hasta casi su desenlace (parto), por temor a represalia de familiares y de la opinión social o comunitaria (amigos y demás familiares). Esto constituye un riesgo para la salud de las mujeres y los bebés al no estar supervisados por un médico. Hay estudios realizados en Colombia y Cuba sobre el tema (los cual por algunas similitudes con ese país), podría darnos una idea de lo que pasa en Perú. Se tiene por ejemplo que en Colombia se encontró que “las adolescentes con pareja y vida sexual activa, no tuvieron prácticas de autocuidado y prevención, ocultaron su embarazo por miedo a la pérdida de apoyo familiar y a la sanción social, esto les impidió recibir información, educación y atención oportuna de familia y de los servicios de salud, haciéndolas más vulnerables” (Rojas, Alarcón y Calderón, 2010). En cuanto al estudio hecho en Cuba, se reporta que en el caso de las adolescentes embarazadas “predominó el diagnóstico tardío del embarazo por desconocimiento de los síntomas en un 87.5%, el embarazo oculto por temor a los padres en un 68.7%” (Menéndez *et al*, 2012).

El gobierno creó espacios exclusivos para la atención de este grupo de población dentro de los establecimientos de salud con horarios específicos y Servicios Móviles para la Atención Integral (Gobierno de Perú, 2013: 15). Hay una diferenciación de los servicios pero no se especifica en el “Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013-2021” cómo llevarse a cabo, pero en el plan se agrega que “se evidencian avances en mejorar la cobertura de los servicios de salud diferenciados para adolescentes. Sin embargo, la ampliación de la oferta de dichos servicios aún es un reto, ya que según un último reporte del Ministerio de Salud, en el país existen 2,881 servicios diferenciados para adolescentes, presentes en el 37% de los establecimientos del MINSA. Existen paquetes de atención integral de salud para adolescentes de 12 a 14 años y de 15 a 17 años reconocidos para financiamiento” (Gobierno de Perú, 2013: 22).

Olea (2016), sostiene que “en la práctica no hay servicios diferenciados, hay horarios diferenciados, pero nadie quiere ir porque todo tu barrio se entera que tú quieres métodos anticonceptivos, tienen miedo, no existe atención para hombres, creo que en ninguna parte”, que las mujeres van con el ginecólogo cuando se tratan de algún problema relacionado con la sexualidad, pero los hombres no tienen opción de ir a ningún lado solo con el urólogo pero ese médico es para cualquier persona que tenga un problema en los riñones (Olea, comunicación personal, 2016).

Al respecto, la política pública de salud para reducir los embarazos en adolescentes debería de ser una política integrada y transversal, ligada a otras secretarías o ministerios:

“Es una situación multifactorial, obviamente intervienen muchas instituciones, si está involucrado salud, donde también ellos comprueban el grado de importancia que tienen que tener las demás instituciones en involucrarse para prevenirla desde lo que es educación, desde lo que es secretaría del trabajo, lo que es la secretaría que ve todas las situaciones de violencia, de lo que es la integración familiar entre otras cosas, lo que es la secretaría del deporte ¿Por qué? Porque el adolescente obviamente está pasando por una etapa inestable y muchas situaciones se vienen desde lo que es el núcleo familiar, problemas intrafamiliares que no se resuelven adecuadamente” (Ristori Milla, comunicación personal, 2017).

Así mismo dentro del plan, se propusieron distintas líneas de acción estratégicas como postergar las relaciones sexuales, en el entorno familiar y comunitario, abrir espacios de recreación y tiempo libre, el incremento de la escolaridad secundaria, incrementar la prevalencia de uso de anticonceptivos así como la disminución de la violencia . Algunas de estas estrategias están en conjunto con el Ministerio de educación y el Ministerio de salud en los adolescentes (Gobierno de Perú, 2013: 29), todo esto tiene presupuesto pero el que más tiene es el de postergar la actividad sexual con 99 316 610 soles. Y ante la presión de grupos sociales para frenar el acceso a anticonceptivos por parte de adolescentes, se prevé “eliminar las barreras legales y normativas que restringen la acción del Estado en la prevención del embarazo en adolescentes” (Gobierno de Perú, 2013: 37). Como se vio anteriormente ninguno de eso se pudo hacer por las presiones de los grupos conservadores, se tiene en el plan pero no se ha logrado, sobre todo lo del acceso a anticonceptivos. Sobre el trabajo



conjunto del Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud, a estos dos organismos se les deja la responsabilidad de prevenir el embarazo adolescente:

“El embarazo adolescente es multisectorial, ciertamente, no es un tema de salud, eso es una farsa, la salud del embarazo adolescente, pero no lo previene, no lo puede prevenir, la prevención se da en los espacios públicos de los jóvenes, generalmente en la escuela y generalmente el Ministerio de Educación cada vez hace menos en esta materia, no hace nada el Ministerio de Educación, no sé también por qué, pero el argumento es que ellos quieren enseñar matemáticas, física y computación, inglés y dice que porque la prueba de PISA les miden eso y no les pide si el adolescente sabe usar un condón, no sabe lo que es asertividad y postergar una relación sexual y el tema está, no está en el Ministerio de Salud, me he dado cuenta, acá está el 10% del tema y sí tiene la responsabilidad en la prevención de un segundo embarazo, esa es la responsabilidad del Ministerio de Salud, que no se vuelvan a embarazar por lo menos mientras sean adolescentes” (Tavera, comunicación personal, 2016).

Las características del embarazo adolescente en Perú son las siguientes: afecta en mayor grado a mujeres con bajo nivel educativo, que radican en la selva, pobres y rurales (Gobierno de Perú: 2013: 13), sin embargo de acuerdo a Vigo (2016), los embarazos adolescentes están más cercanos, en el área urbana y esto en un futuro no muy lejano, hará que las estadísticas de la mortalidad materna cambien: “La muerte materna en Perú desde mi punto de vista está llegando ya a su ciclo, en términos de hasta dónde puede bajar a este ritmo porque la muerte materna, y yo lo he dicho en varios foros para mis amigos, pero tenía una cara rural, andina y pobre, esa era la cara de la muerte materna de Perú, pero la muerte materna de Perú está girando hacia urbana, pobre y adolescente” (Vigo, comunicación personal, 2016). Por lo que este es el reto de la política de salud en el Perú, el cambio de población y de zona para la política pública: las mujeres pobres y rurales que antes morían de hemorragia, ahora están muriendo mujeres urbanas, pueden ser o no pobres y de enfermedades hipertensivas y en esto la política pública no se está enfocando en Perú, se ha dejado a lado.

Sobre la edad de la mujeres “en 10 años se disminuyó la muerte materna en Perú en todos los grupos, principalmente de los 25 a los 34 años de edad, es de los 35

a los 39 donde hay una mayor mortalidad” (Maguiña y Miranda, 2013: 55). La explicación que Maguiña y Miranda (2013) es que “las mujeres están postergando su primera gestación a edades más maduras (sobre todo las de mayor educación e ingresos), por lo que probablemente no solo se asocie únicamente a problemas obstétricos, sino también a otros problemas de salud que pueden agravar el embarazo y ocasionar la muerte de la mujer” (Maguiña y Miranda, 2013: 56). La explicación que da Del Carpio (2016) es la siguiente:

“La mujer, acá en el país cada vez trabaja más, cada vez influye más, cada vez comparten más responsabilidades del embarazo con el varón, y posterga mucho la maternidad, y cuando ya quieren tener hijos entran en infertilidad entonces más cesáreas y el problema de más cesáreas es que hay más complicaciones o que puede haber placenta ácrata, que se pega al útero, y de eso tuvimos varias muertes el año pasado, pero ya sea mujer urbana, mujer educada, que cada vez más prolonga más el embarazo y no quieren casarse, dice tengo novio pero no me caso, parecido a Europa y esos países” (Del Carpio, 2016).

Esto es un fenómeno mundial y tiene que ver con la incorporación de la mujer al mundo laboral, para el cual tuvo que haberse preparado (estudiado) y postergó la maternidad hasta edades después de los 30. El problema es que tratar de controlar las decisiones personales de las mujeres de embarazarse es difícil, más en los tiempos actuales donde muchas de ellas prefieren postergar su embarazo y privilegiar su carrera a su familia. El caso contrario, son aquellas que se embarazan en edades muy tempranas, por distintas cuestiones que van desde lo social hasta la falta de una política de educación sexual y anticonceptivos para los jóvenes o hasta de falta de metas personales en la vida. Lo que no es difícil, es automáticamente detectar a las mujeres que estén en rango de edad de riesgo y monitorearlas constantemente cuando vayan a consulta, pero hay muchas que no van por atender otras prioridades (familia o trabajo), desidia, desconocimiento o por vergüenza. De acuerdo a Chávez (2010) “se sabe que la edad de la mujer embarazada es un factor determinante en el desenlace de un embarazo, ya que según el Instituto Nacional de Perinatología se considera un embarazo de alto riesgo aquel que se presenta en menores de 16 y mayores de 35 años de edad. En este sentido en algunos lugares por cuestiones culturales, los embarazos en menores de edad- antes de los dieciocho años- suelen ser mayormente vulnerables ante la presencia de muerte materna” (Chávez, 2010: 72).

### **1.1.8 Calidad de atención recibida asociados a la salud materna (ausencia de violencia obstétrica, de negligencia, de tiempos de espera para atención, etc.)**

No existe información oficial publicada por el gobierno de Perú sobre la “percepción de la calidad de los servicios obstétricos”, sin embargo hay publicaciones que tratan sobre el tema y algunos estudios, en su mayoría, son tesis específicas sobre la calidad brindada en algún hospital determinado. Se pueden citar algunas y sus resultados, por ejemplo: En el hospital Hipólito Unanue de Lima, se entrevistaron a 100 personas y se encontraron altos niveles de satisfacción 86.6% de los pacientes y 72.4% de los familiares. La queja principal fueron los tiempos de espera y la falta de calidez en el trato (Vicuña, 2002: 40) o que en el hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de Lima, se entrevistó a 100 mujeres y encontró que 87% su satisfacción fue alta, pero la “seguridad” fue el rubro peor valorado (Wajajay, 2013; 5). Sin embargo, estos no dejan de ser ejemplos de instituciones específicas y no del Sistema de salud en general.

En la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer “Convención de Belem do Para”, Brasil, el 9 de junio de 1994, en el artículo 2, apartado “b”, especifica la violencia contra las mujeres la cual se entiende como física, sexual y psicológica la “que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona que comprende, entre otros,... establecimientos de salud o cualquier otro lugar” (OEA, 1994). Aunque no especifique que sea violencia en las salas de parto, puede estar ligada a esta si sucede en los establecimientos de salud o si le es negada la atención médica sólo por el hecho de ser mujer.

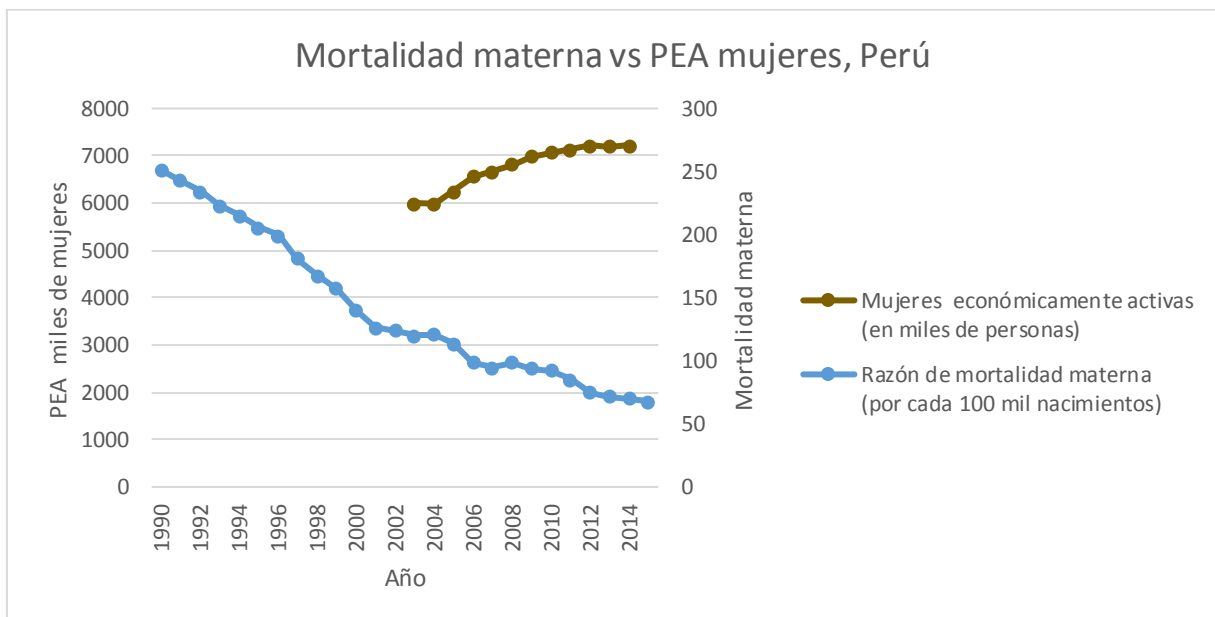
De manera más específica, el artículo 9, hace hincapié en la violencia de las mujeres en estado de gravidez: “los Estados Partes tendrán especialmente en cuenta la situación de vulnerabilidad a la violencia que pueda sufrir la mujer en razón, entre otras cosas, de su raza o condición étnica, de migrante, refugiada o desplazada. En igual sentido se considerará a la mujer que es objeto de violencia cuando esté embarazada” (OEA, 1994). Sobre los establecimientos de salud, por estudios citados anteriormente, también se ha visto que es una práctica recurrente en la violencia física y verbal la cual repercute en que las mujeres se alejen de los servicios de salud y sobre todo cuando se es indígena.

Dentro del programa Proyecto 2000 se planteó que el aumento en la calidad de los servicios incrementaría también el parto institucional. Se realizó un estudio en 29 localidades donde funcionó el programa y se encuestó a 3,437 familias y se llegó a la conclusión de que un incremento promedio de 3% del parto institucional se da por cada 20 puntos de incremento en la calidad de servicios (Velásquez y Benavides, 2004: 8). Para entender el tema de la calidad y el Proyecto 2000, ver la explicación de “Parto humanizado y/o intercultural”, donde se detalla cómo las usuarias (generalmente habitantes de zonas rurales y mujeres indígenas), son discriminadas y cómo la interculturalidad y la mejora en los servicios hizo que el parto se incrementara en los hospitales y centros de salud.

## 1.2 Capacidades económicas

### 1.2.1 Trabajo remunerado

**Gráfica 32: Mortalidad materna y mujeres económicamente activas en Perú por años.**



Fuente: Elaboración propia con datos del INEI, 2018a.

Otra de las capacidades para las mujeres es que puedan incorporarse al mercado laboral y generar ingresos. La PEA de mujeres en Perú ha aumentado conforme la mortalidad materna ha disminuido. Debido a que el trabajo se relaciona muchas veces con la educación, el ingreso y con la afiliación a los sistemas de salud, algunos investigadores dan importancia a la relación del trabajo con la salud (Hernández y

Palacio 2012: 123; Sen 1999: 218; Sen 1992: 1; Nussbaum, 2000: 61; Plata, 2010: 71-72; Welti 2012: 67). Por estadísticas se observa que las mujeres que más presentan mortalidad materna son las que no trabajaban: 84.9% según un estudio hecho por Maguiña y Miranda (2013: 14). Debido a que el mundo laboral castiga la maternidad, más que premiarla; una mujer que trabaja es más difícil que se embarace tantas veces en su vida.

### 1.2.2 Propietaria de casa o tierras

**Tabla 14: Mujeres y hombres que conducen parcelas por condición de tenencia de título de propiedad según departamento en Perú, 2012**

Departamento	Mujeres		Hombres		Brecha de género (M-H) (Puntos porcentuales)	2012
	Tienen título de propiedad 1/	No tienen título	Tienen título de propiedad 1/	No tienen título		Mortalidad materna (casos)
Amazonas	29.0	71.0	29.2	70.8	-0.2	14
Áncash	73.5	26.5	66.5	33.5	7.0	22
Apurímac	33.0	67.0	23.3	76.7	9.7	13
Arequipa	73.4	26.6	73.1	26.9	0.3	16
Ayacucho	44.6	55.4	35.6	64.4	9.0	14
Cajamarca	56.6	43.4	52.3	47.7	4.3	43
Cusco	55.3	44.7	51.9	48.1	3.3	21
Huancavelica	28.4	71.6	24.4	75.6	4.0	8
Huánuco	20.8	79.2	21.1	78.9	-0.3	10
Ica	86.4	13.6	89.6	10.4	-3.3	7
Junín	42.8	57.2	43.5	56.5	-0.7	11
La Libertad	64.7	35.3	63.7	36.3	1.0	32
Lambayeque	80.6	19.4	83.2	16.8	-2.6	15
Lima	41.9	58.1	42.1	57.9	-0.2	70
Loreto	32.3	67.7	23.8	76.2	8.5	30
Madre de Dios	92.7	7.3	93.5	6.5	-0.9	1
Moquegua	63.3	36.7	58.6	41.4	4.8	2
Pasco	19.1	80.9	27.4	72.6	-8.3	7
Piura	44.4	55.6	50.0	50.0	-5.7	35
Puno	44.4	55.6	43.8	56.2	0.6	30
San Martín	55.5	44.5	47.3	52.7	8.1	14
Tacna	54.5	45.5	54.0	46.0	0.5	4
Tumbes	84.9	15.1	82.2	17.8	2.7	3

Ucayali	74.9	25.1	67.6	32.4	7.3	10
<b>Total</b>	<b>50.2</b>	<b>49.8</b>	<b>46.6</b>	<b>53.4</b>	<b>3.6</b>	<b>440</b>

Fuente: INEI, 2018

La tabla muestra los datos de los títulos de propiedad de mujeres y hombres y la brecha de género sobre la pertenencia de títulos de propiedad de acuerdo al censo agropecuario 2012. La media de los casos de mortalidad materna en Perú para el 2012 fue de 17.6. Si se comparan ambos estadísticos, solamente coincide que para ese año la región de Piura (ubicada en La Costa) tiene una de las tasas más altas de brecha de género en cuanto a títulos de propiedad del -5.7% (en primer lugar está Pasco con -8.3%) y también sobrepasó la media de casos de mortalidad materna para ese año. En la tabla se marca en rojo las cifras negativas donde existe una brecha de género y aquellas cifras que sobrepasaron la media de la mortalidad materna.

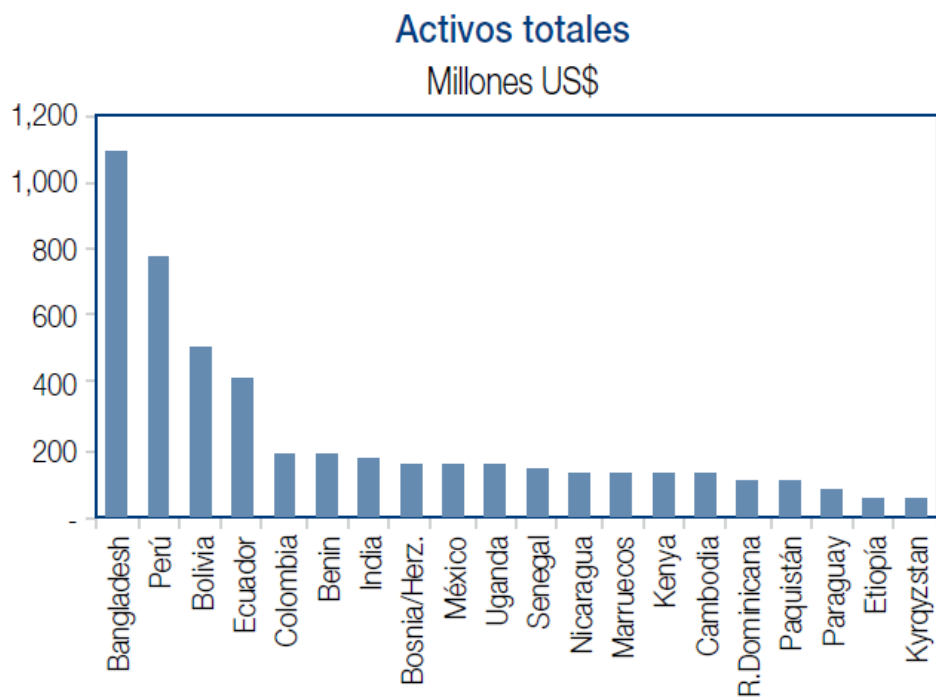
“El rol crítico sobre los derechos de género es ejemplificado con el derecho a heredar la tierra y la propiedad. Para los hogares que dependen de la agricultura, la tierra es la mayoría de las veces es el activo más importante para producir, y todavía la distribución de propiedad de las tierras está fuertemente enfocada a favor de los hombres, la mayoría de las veces porque las leyes de herencia y de título están explícitamente a favor de los hombres” (King *et al*, 2008: 5). Sen (1992), subraya la tenencia de la tierra y posesiones como un derecho económico fundamental para la mujer (Sen, 1992: 1), lo cual incrementa el poder de decisión (Sen, 2000: 42), sobre todo cuando se trata de cuestiones de salud en el que tienen que desembolsar cantidades de dinero que a veces no están disponibles, ejemplo: para una hemorragia se tiene que comprar sangre y sus derivados, así como pagar el servicio de transporte cuando no hay ambulancia, etc. (CONEVAL, 2012: 23). Tener algún activo fijo al cual poder recurrir cuando no se tiene liquidez es importante cuando se es pobre y existe una situación de emergencia médica. Si la mujer posee títulos de propiedad, también tiene el poder para decidir en la familia pues “las inequidades en las leyes familiares directamente afectan al bienestar de la mujer, hacen que sea más débil del poder de negociación en el hogar, lo cual puede tener un importante efecto de segunda ronda para el bienestar familiar” (King *et al*, 2008: 34).

### **1.2.3 Microcréditos/Microfinanzas**

Las siguientes dos gráficas muestran el comportamiento de los microcréditos y microfinanzas en Perú con relación a otros países, donde se puede observar que Perú ha sido receptor de créditos donde las mujeres son los principales clientes de este tipo de financiamiento:

**Gráfica 33: Gráfica comparativa de países y microcréditos**

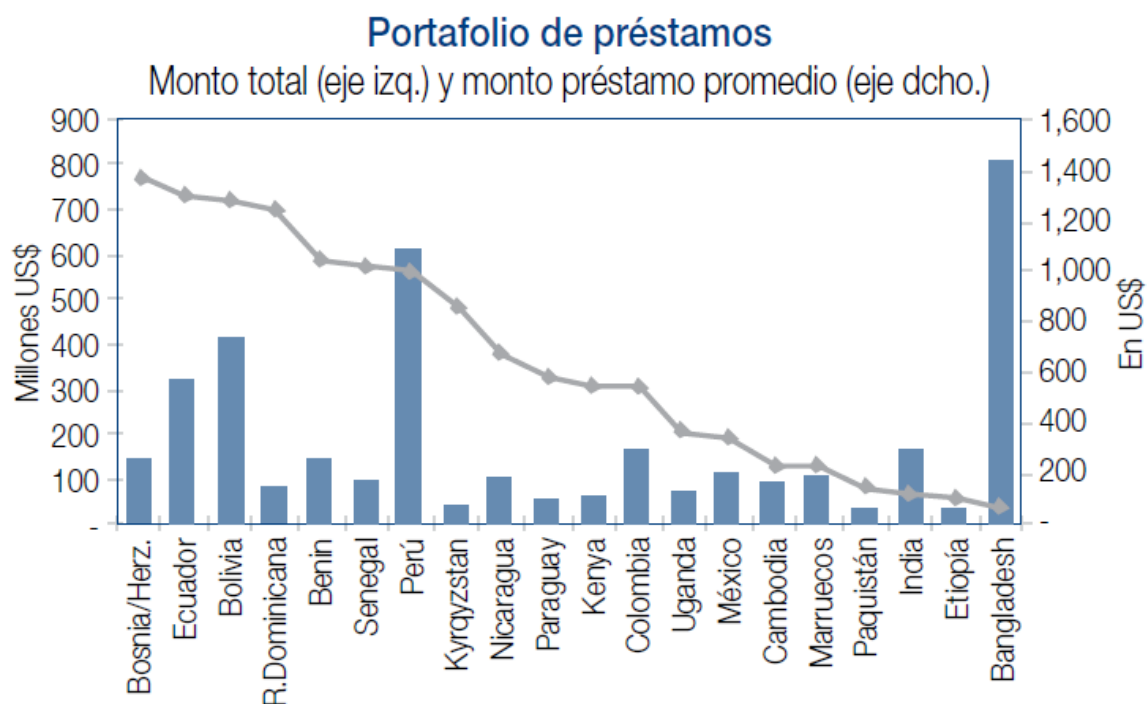
### Activos, préstamos y cantidad de deudores de las IMF en una muestra de países\*



Información recabada para el 2013. Fuente: Delfinier *et al* (2006: 72)



**Gráfica 34: Monto de préstamos de microcréditos a distintos países**

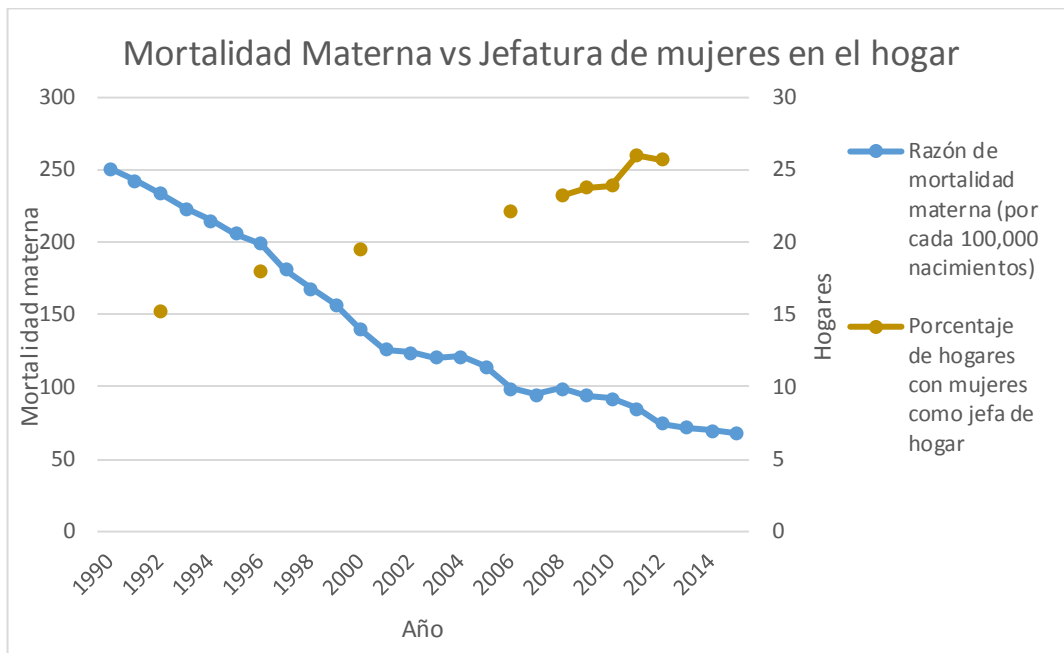


Información recabada para el 2013. Fuente: Delfinier *et al* (2006: 72)

Las microfinanzas tienen un efecto parecido al punto anterior (Ver: “12. Propietaria de casa o tierras”) sobre el poder económico, para negociar y decidir en la familia, además de ser comprobado uno de los métodos para salir de la pobreza. El INEI no tiene publicado datos sobre microcréditos y microfinanzas por enfoque de género, pero a continuación se muestra un estudio realizado entre países donde Perú (después de Bangladesh), aparece como uno de los países con mayor de activos, préstamos y cantidad de deudores. Las Microfinanzas, como lo sostiene King *et al* (2008) reduce la vulnerabilidad financiera, las hace ser partícipes del mercado laboral, se invierte en los hijos, etc. (King, *et al*: 2008: 21-28)

¿Por qué es importante que la mujer deje de ser vulnerable económicamente? Podría discutirse esto con los argumentos de la jefatura de mujeres.

**Gráfica 35: Mortalidad materna vs Jefatura de mujeres en el hogar**

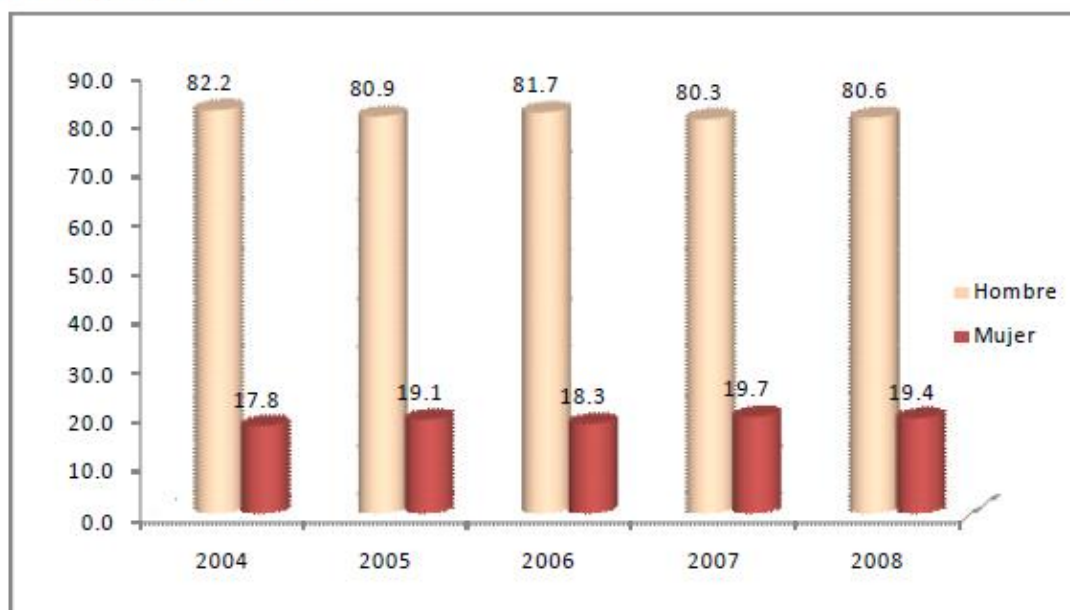


Fuente: Banco Mundial (2018a)

De acuerdo a la evidencia empírica, las jefaturas de hogares dirigidas por mujeres generalmente experimentan más pobreza y carencias, como lo demuestra los siguientes datos para Perú:

### Gráfica 36: Pobreza y jefatura del hogar en Perú para distintos años

Perú: Hogares en situación de pobreza, según sexo del jefe de hogar, 2004 - 2008



Fuente: Mendoza (S/F: 14)

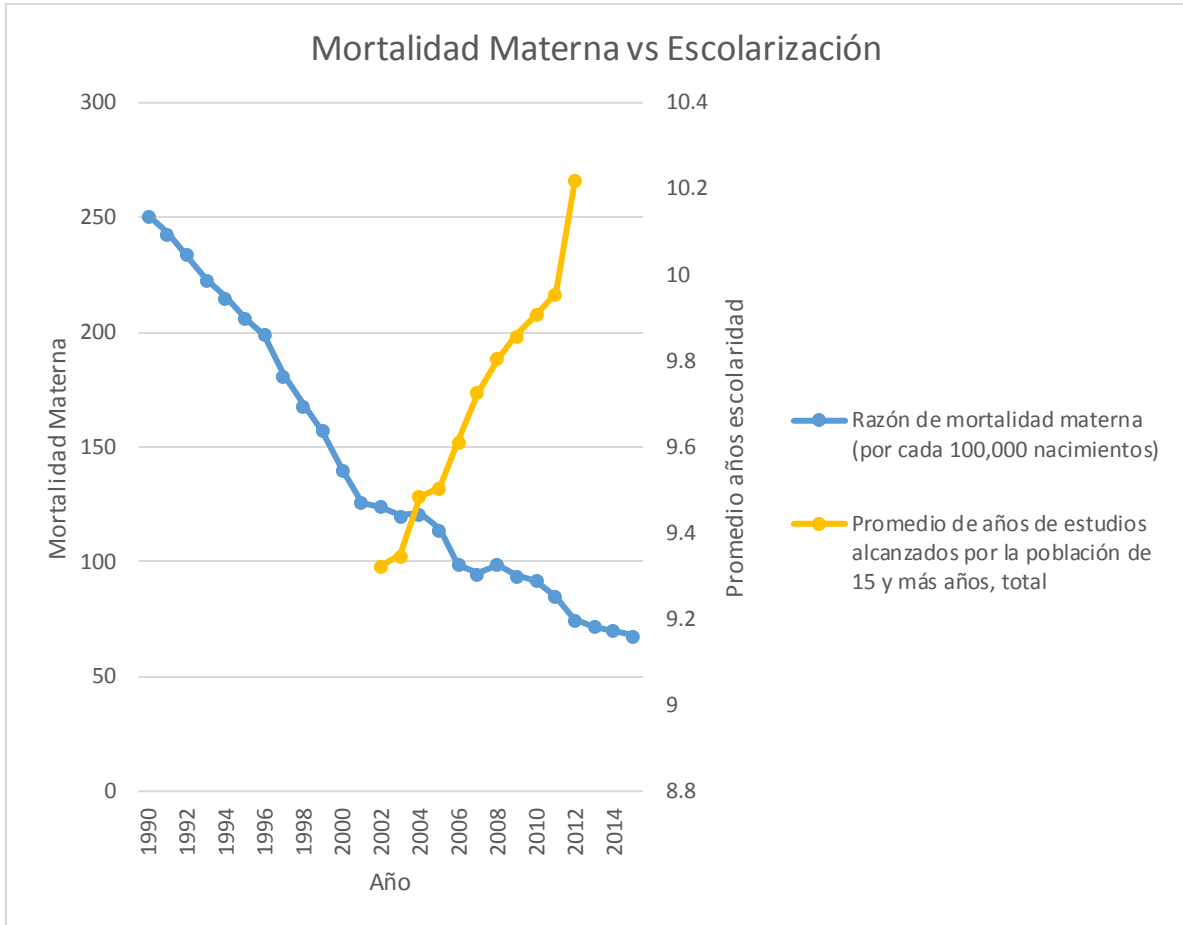
“A nivel departamental podemos observar que del total de hogares en situación de pobreza, en casi el 20% están jefaturados por mujeres, de estos los departamentos de Ayacucho, Lima, Huánuco, Pasco, Moquegua, Tacna, Puno, Ica, Arequipa y Junín, son los que mayor porcentaje de hogares conducidos por mujeres se encuentran en situación de pobreza” (Mendoza, S/N; 15).

Entonces no podemos decir que al haber aumentado la jefatura de mujeres en hogares de Perú se disminuyó la mortalidad materna porque sería una correlación espuria. Lo único que podemos afirmar es que el incremento de la jefatura de mujeres es una cuestión causada por la dinámica social y por otros factores, a lo largo del tiempo.

### 1.3 Capacidades sociales

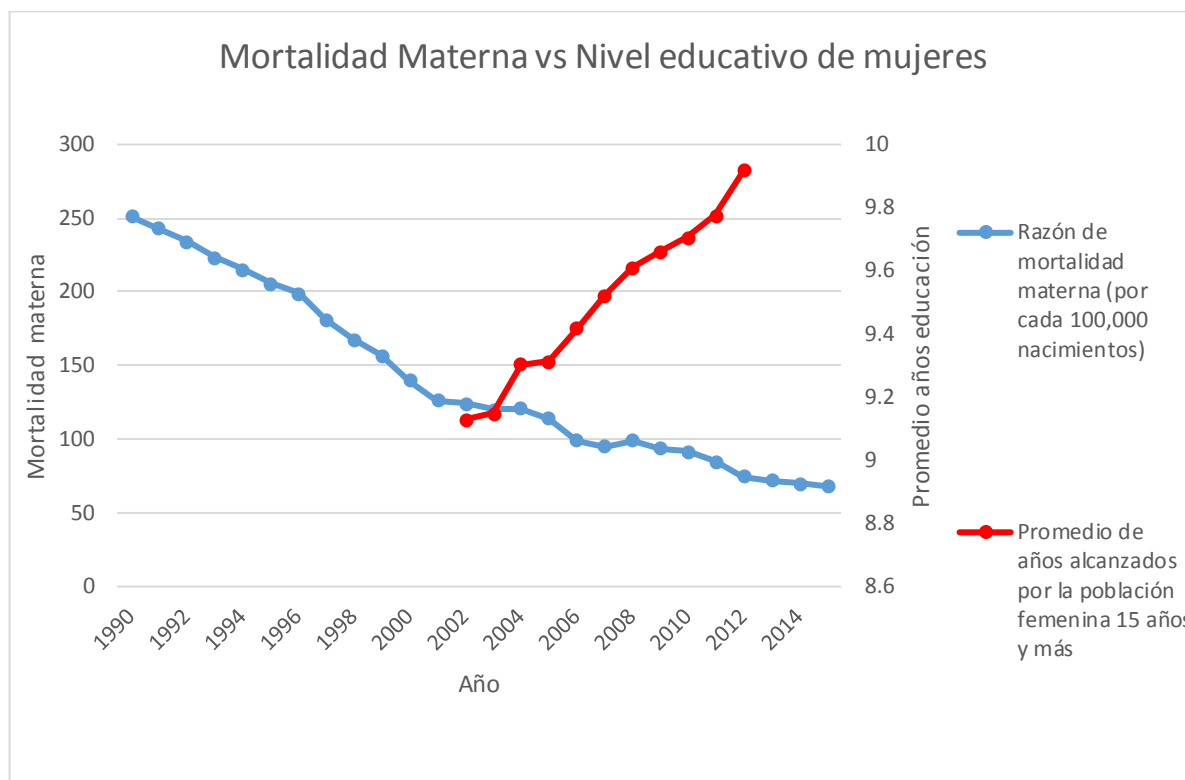
#### 1.3.1 Nivel educativo/años de escolaridad

Gráfica 37: Mortalidad materna vs Escolarización en Perú por años



Fuente: Elaboración propia con datos del INEI, 2018a.

**Gráfica 38: Mortalidad materna vs Nivel educativo de mujeres por años**



Fuente: Elaboración propia con datos del INEI, 2018a.

A pesar de que las estadísticas oficiales sólo se muestran a partir del 2001, la línea de promedio de años de estudios alcanzado por la población de 15 años o más (incluyendo la de las mujeres) va en aumento sostenido (y casi exponencial). La educación repercute en la mortalidad materna en no embarazarse tan joven y dejar la pobreza si la mujer es madre al estar más educada repercute en el mejoramiento de la salud de toda la familia, pues “otro de los efectos indirectos de incrementar la educación femenina, el empleo y los salarios incluye una variedad de externalidades generalizadas en este sentido, como pequeñas y saludables familias y un gran enfoque en invertir en los niños” (King *et al*, 2008: 11).

Aunque la educación siempre es buena para mejorar la calidad de vida, cuando las mujeres postergan tanto su embarazo por educación y trabajo, a mayor edad los riesgos de tener un embarazo no saludable aumentan.

La educación también tiene que ver con los argumentos citados por Olea (2016) sobre “el plan de vida de las mujeres adolescentes” y “la falta de incentivos claros” en

las políticas públicas y la vida. Mucho de esto se resume como la imposibilidad de seguir estudiando y por lo tanto convertirte en madre.

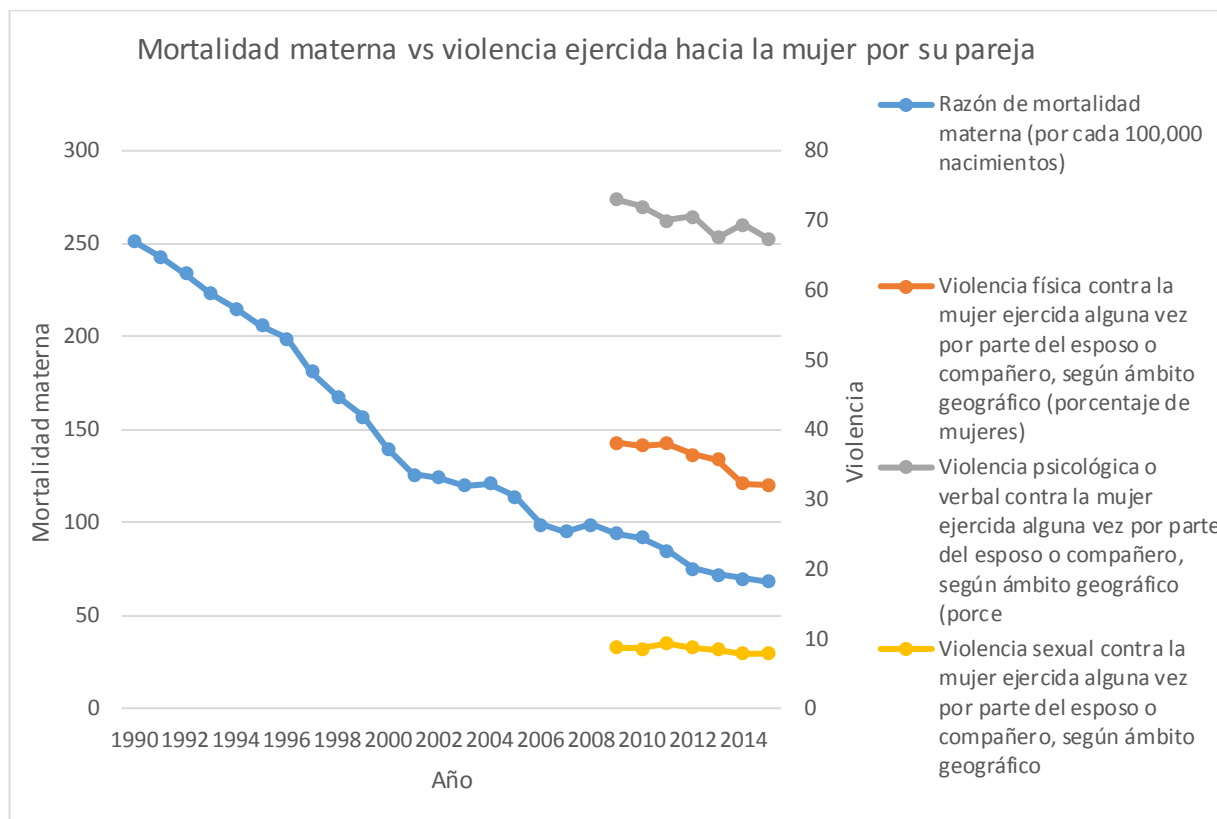
Además, como ya se mencionó, la educación repercute en más variables como el ingreso y el trabajo y es vista como forma para mejorar la salud por los siguientes autores: Hernández y Palacio (2012: 123), Sen, (1999: 19; 2000: 34; 1992: 1), King, Klasen y Porter (2008, 13-43), Lomelí, Flores y Granados (2012: 254), Nussbaum (2000: 61) y Welti (2012: 67).

Cabe destacar, que se tiene la creencia general de que la muerte materna es exclusiva de aquellas mujeres que no tienen estudios o son analfabetas, pero de acuerdo al Ministerio de salud (2016: 69) para el año 2015, que el 3.2% no tenían estudios. Esto demuestra que al menos la mayoría de las que murieron tienen educación básica y obligatoria.

Ballesté (Citado en Romero *et al* 2010) afirma que en la mortalidad materna “se ven afectadas las mujeres que tienen un nivel escolar elevado; esto nos remite a pensar que cada mujer, en mayor o menor medida, está expuesta a perder la vida durante el embarazo o en la etapa del postparto” (Romero *et al*, 2010: 44).

### 1.3.2 Ausencia de violencia (psicológica, económica, sexual)

**Gráfica 39: Mortalidad materna vs Violencia ejercida hacia la mujer por su pareja**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INEI (2018)

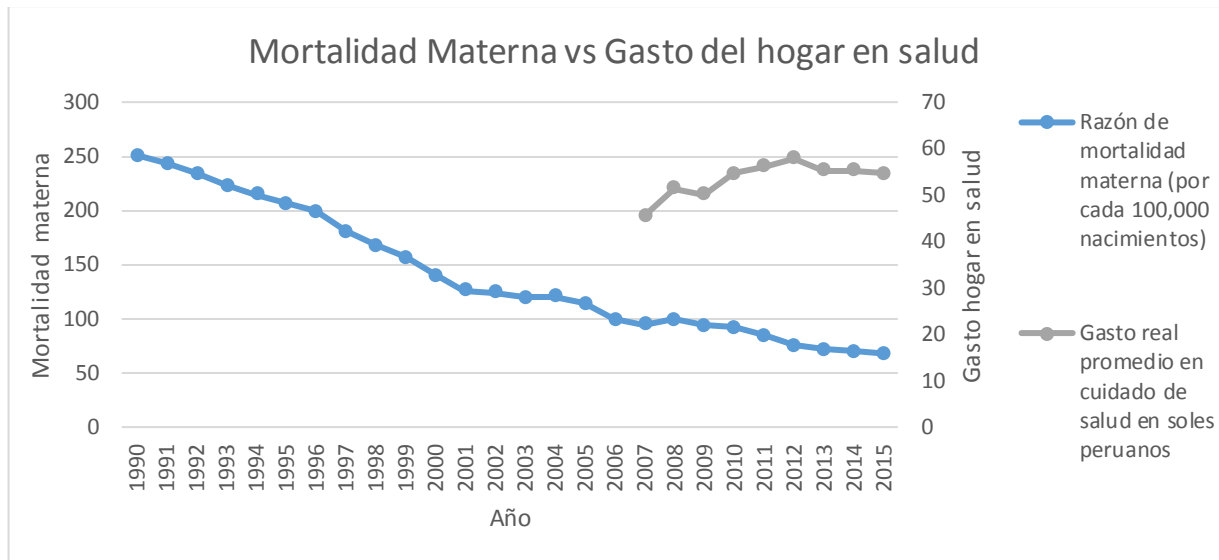
Como se puede observar en la gráfica, aunque los demás tipos de violencia están bajando, la violencia sexual se mantiene. Es importante el tema si la violencia también se ejerce durante el embarazo y causa complicaciones al mismo, como los abortos. Hacen falta detalles estadísticos al respecto. Como anteriormente se mencionó la violencia también puede ser obstétrica y es la causa por la que las mujeres no acuden a las clínicas.

## 2. Las capacidades que deben de ser otorgadas a los hogares donde viven las mujeres

### 2.1 Capacidades económicas

#### 2.1.1 Ingreso del hogar y recursos destinados a la salud

Gráfica 40: Mortalidad materna vs Gasto del hogar en salud



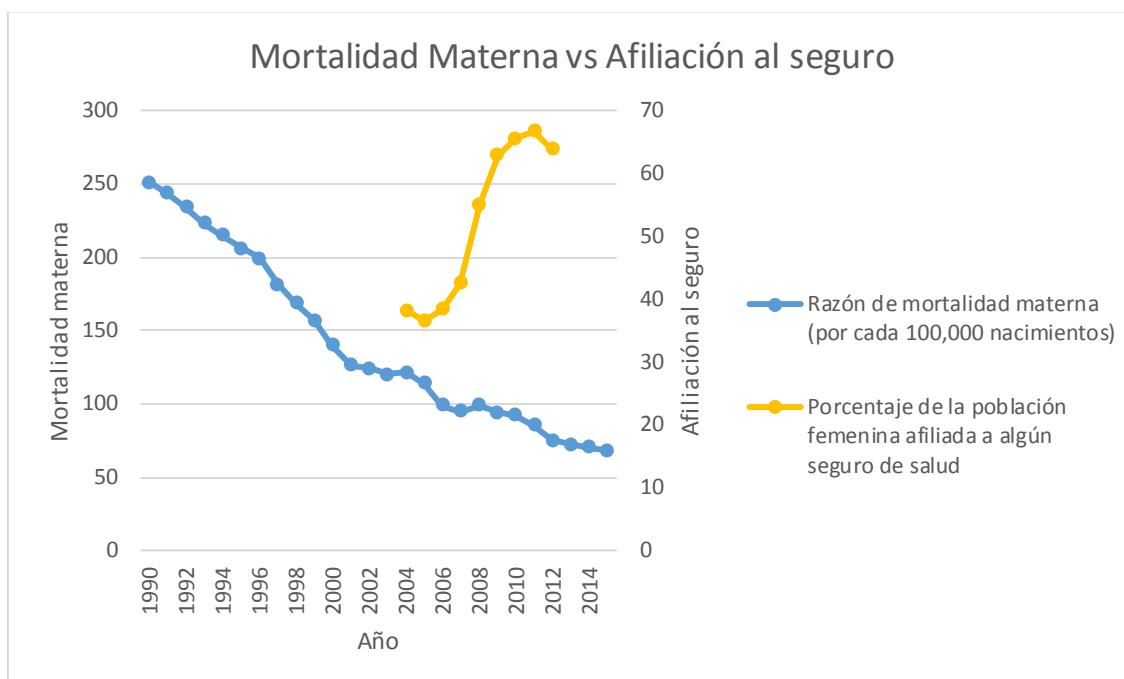
Fuente: Elaboración propia con datos del INEI, 2018a.

Sobre el aumento en gasto en salud puede estar relacionado directamente con la disminución de la mortalidad materna.



## 2.1.2 Afiliación al seguro social

**Gráfica 41: Mortalidad materna vs afiliación a la seguridad social en Perú por años**



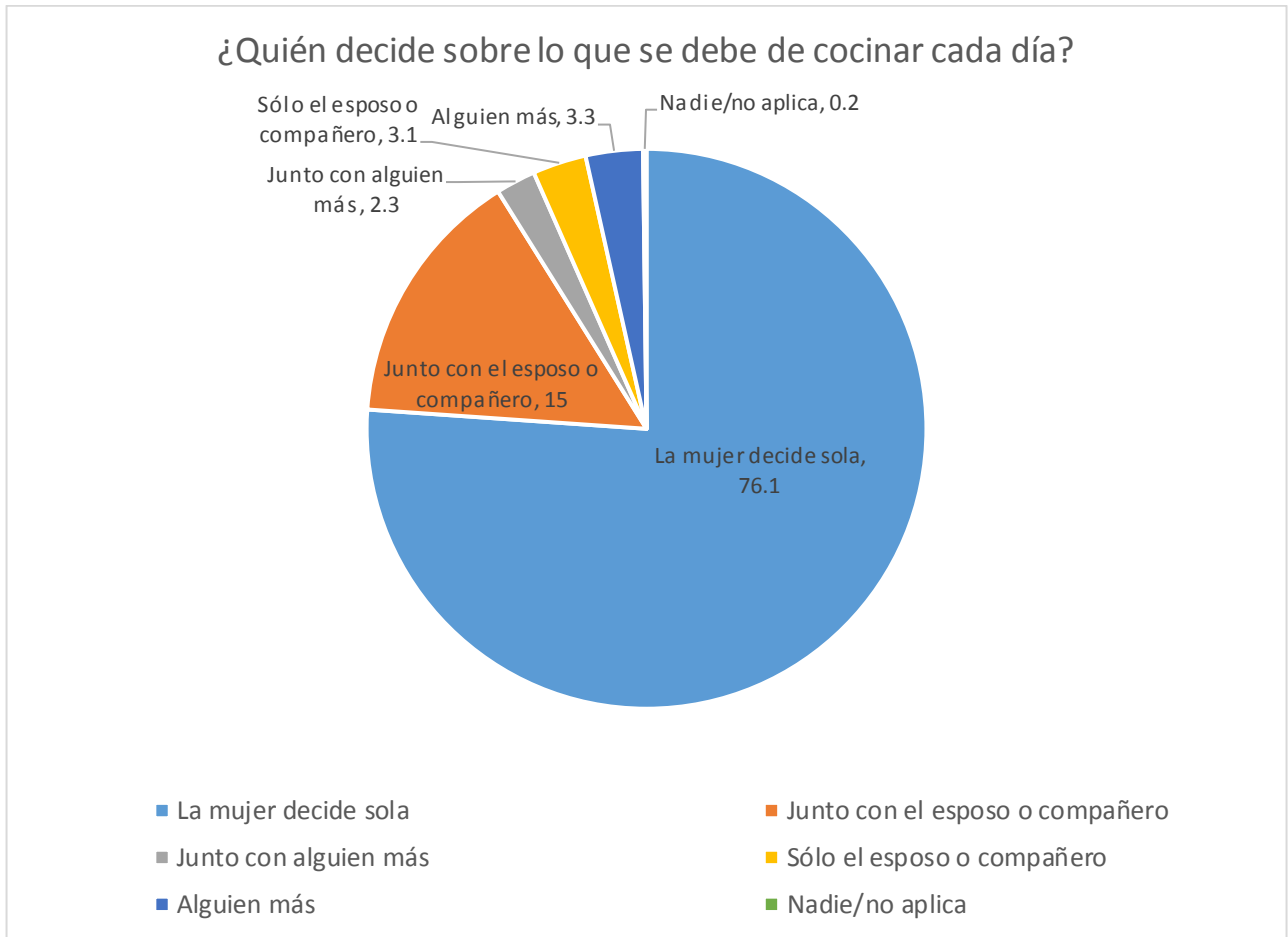
Fuente: Elaboración propia con datos del INEI, 2018a.

Aquí se puede observar que la afiliación a la seguridad social para mujeres aumentó. También hay que recordar que aunque esto sea un logro, la atención al embarazo en Perú se hizo gratuito para toda la población a través de su Sistema Integral de Salud. A pesar de que como se cita en este trabajo, sobre todo por las entrevistas hechas a Chávez (2017), Olea (2016) y Vigo (2016) y sus críticas al sistema de salud del Perú en donde se indica que una mayor filiación no da como resultado una mejor atención médica (evidencia probada en México con los estudios hechos por Eng (2014) y la relación del Seguro Popular y muerte materna, es mejor que las mujeres que afilien para evitar muerte materna, como lo discute Sen (1999: 131), Hernández y Palacio (2012: 123) y Romero *et al* (2010: 43), pues con eso se puede atraerlas al servicio de salud y que no tengan su parto fuera de él, corriendo riesgos.

### 2.1.3 Decisión sobre los alimentos

En la ENDES 2015, se tienen los siguientes datos:

**Gráfica 42: Capacidad para decidir sobre los alimentos.**



Fuente: Elaboración propia a partir de (INEI, 2016: 106).

Las mujeres tienen una limitada capacidad para decidir en cuestiones más elementales como sus alimentos, lo cual repercute en una mala nutrición que lleva a problemas de la salud, como lo relata Vigo (2016) sobre el empoderamiento que Par Salud hacía en cuanto al tema de alimentación:

“Nosotros por el tema de desnutrición se empoderaba a la mujer en la capacidad de decisión para preparar los alimentos porque en Perú siempre surge esta pregunta, *bueno ¿qué vamos a comer hoy?*, contrario a lo que uno pudiera creer se puede alimentación y su pareja generalmente buscaba alimentación que entendía que eran buenos para él y que creía que eran buenos para el niño, que finalmente eran como

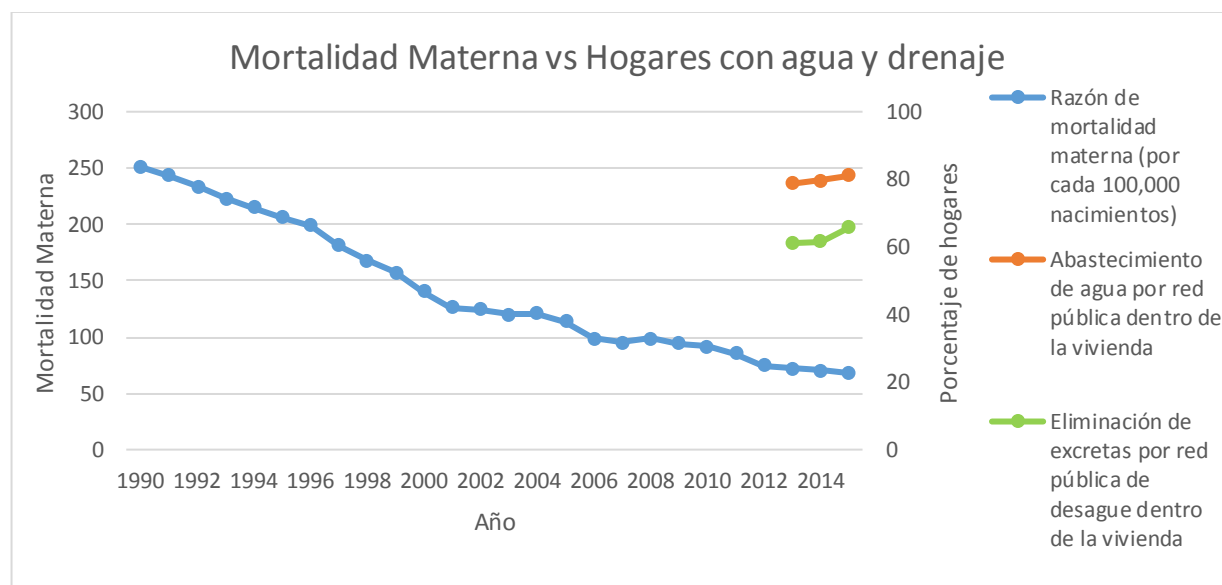
sopas, que no generaban nutrición, desayunar pero no necesariamente, entonces la idea era empoderar a la mujer para que ella decidiera sobre los alimentos” (Vigo, comunicación personal, 2016).

Este problema no es exclusivo de Perú. Cartwright y Hardie 2012, hacen un análisis de un programa nutricional para mujeres embarazadas, lactantes y niños en Bangladesh, el cual había fracasado porque las mujeres en ese país no iban al mercado a comprar comida, sino que ese trabajo lo tenía que hacer el marido, además comúnmente vivían en la casa de la suegra, quien era la que controlaba qué pasaba con la comida, si había disponibilidad y decidía cómo se debía de distribuir (Cartwright y Hardie, 2012: 80-81).

## 2.2 Capacidades de infraestructura

### 2.2.1 Agua y drenaje

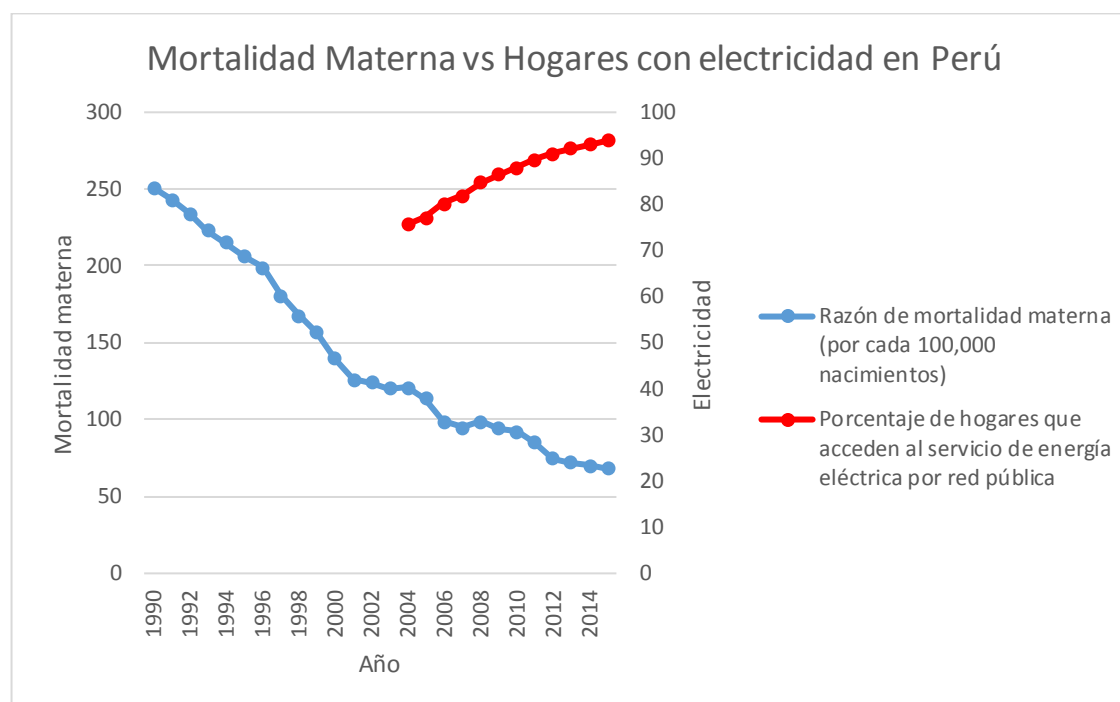
**Gráfica 43: Mortalidad materna vs Hogares con agua y drenaje en Perú por años**



Fuente: Elaboración propia con datos del INEI, 2018a.

## 2.2.2 Electricidad

Gráfica 44: Mortalidad materna vs hogares con electricidad en Perú, por años

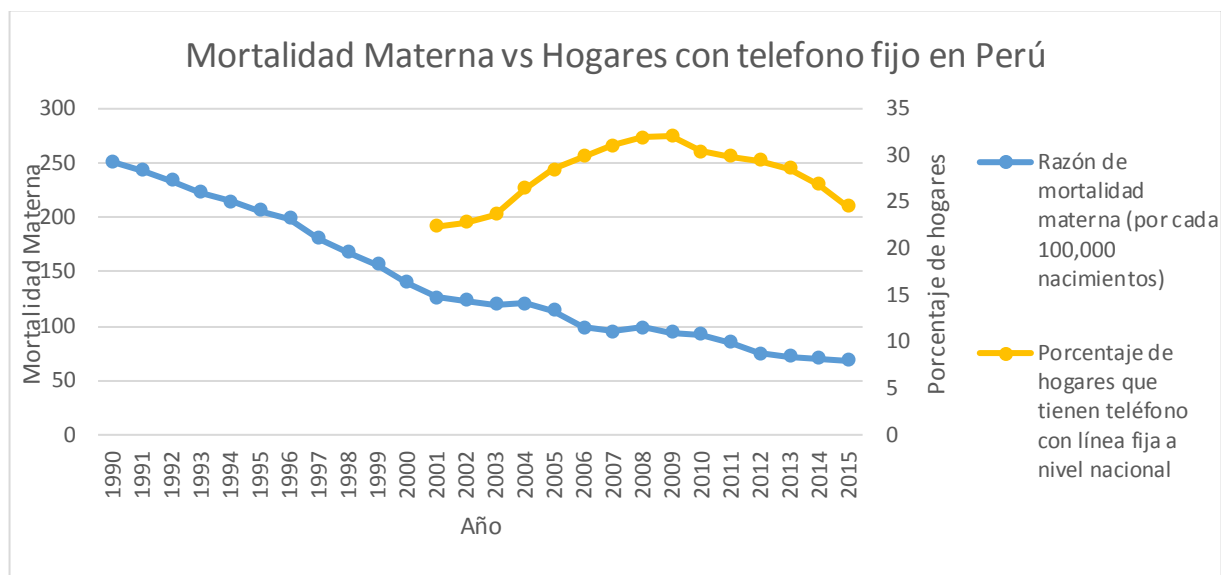


Fuente: Elaboración propia con datos del INEI, 2018a.

La cobertura de electricidad en Perú también aumentó, como se puede ver en la gráfica. Esto tiene relación con una capacidad de las mujeres de llevar una vida un poco más fácil. No se pudieron conseguir datos de la cobertura de agua y drenaje a detalle pero se sabe por el INEI que aumentó (la reportan como 100% de cobertura). La electricidad, en estudios hechos por Dheeshana y Subadra (2011:224), resulta una variable significativa y que está relacionada con medios de comunicación como telefonía, etc.

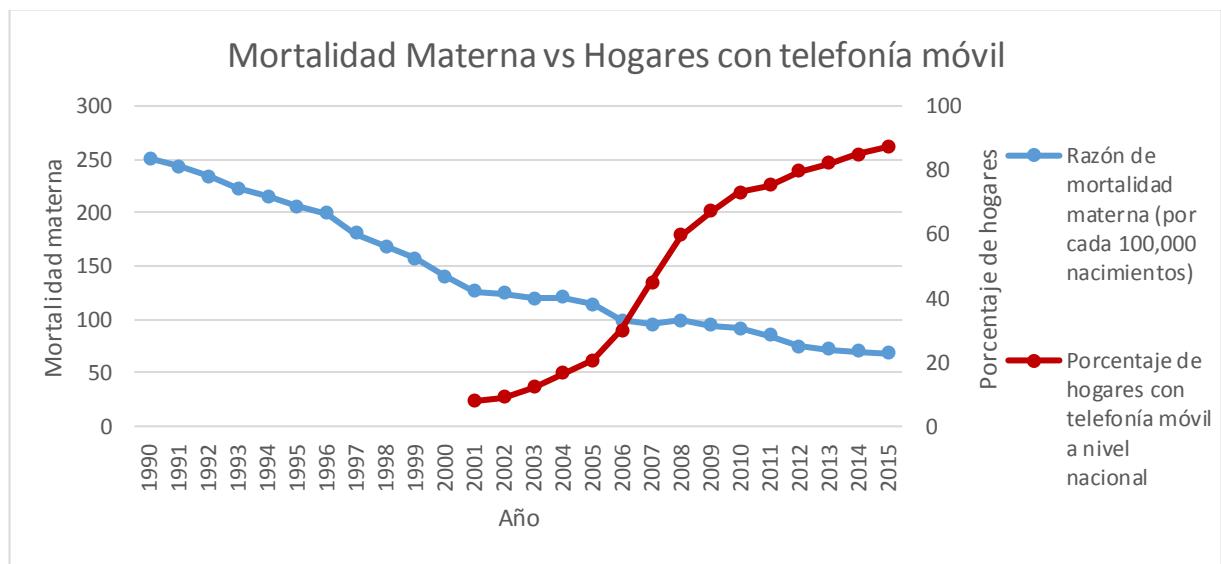
### 2.2.3 Teléfono e internet

**Gráfica 45: Mortalidad materna vs hogares con teléfono fijo en Perú, por años**



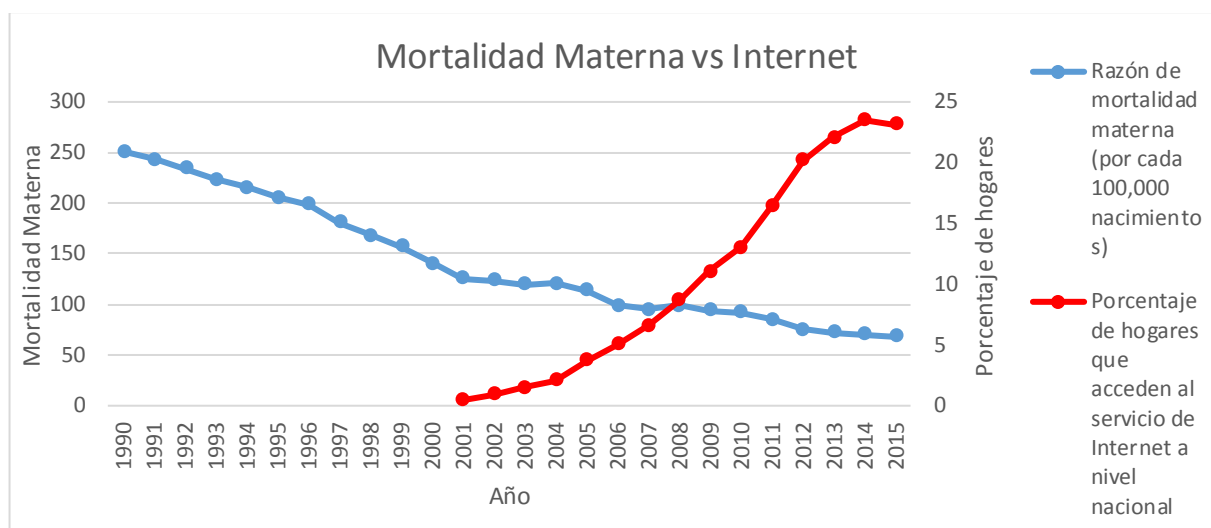
Fuente: Elaboración propia con datos del INEI, 2018<sup>a</sup>

**Gráfica 46: Mortalidad materna vs hogares con telefonía móvil en Perú, por años**



Fuente: Elaboración propia con datos del INEI, 2018a.

**Gráfica 47: Mortalidad materna vs hogares con internet en Perú, por años**



Fuente: Elaboración propia con datos del INEI 2018

Sobre esta capacidad, el acceso a formas de comunicación como lo son el teléfono e internet ha resultado en la rapidez para actuar en casos de emergencia y disponibilidad y acceso a la información sobre riesgos en el embarazo.

En Perú se ha debido a un esfuerzo por tener la disponibilidad de la información del historial clínico de las mujeres que van a dar a luz. Las Historias Clínicas Electrónicas se han implementado en varios países. Desde el año 2000, el MINSA aprobó la Resolución Ministerial de la Historia Clínica Materno Perinatal y su Aplicativo Analítico de Indicadores de Producción y Calidad de Servicios (SIP2000), como un sistema de disponibilidad de datos estandarizados y aplicativos informáticos a nivel nacional, con base de datos, para la toma de decisiones oportuna y la atención de la madre y el niño (Sánchez, 2013: 40).

Curioso *et al* (2010) así como Pérez-Lu *et al* (2015), hicieron estudios sobre la evaluación de estos sistemas de salud dentro del proyecto WaWaRed “Conectándose para una mejor salud materno-infantil en el Perú” financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo e implementado en un hospital de la región de Callao (Pérez-Lu *et al*, 2015: 374), el cual inició en el 2010 donde se desarrolló: una historia clínica electrónica (HCE) para el ahorro de tiempo en llenado de formatos, un sistema integrado y con código abierto para las mujeres embarazadas que incluye el envío de mensajes de texto a celular para recordatorio e información de control natal y un

sistema de respuesta de voz interactiva (IVR), con mensajes pregrabados con información sobre signos de alarma (Pérez-Lu *et al*, 2015: 374, Curioso *et al*: 488).

En el estudio de Curioso *et al* (2010) se expusieron las ventajas como el ahorro de tiempo y la facilidad de usarla (Curioso *et al*, 2010: 488), lo que representaba una ventaja para las mujeres en el manejo de sus datos. Pero en el estudio de Pérez-Lu *et al* (2015), se exponen ciertos problemas como la fragmentación de la atención médica, las consultas prenatales se realizan en un lugar mientras que el parto se lleva a cabo en otro. Normalmente, dichos establecimientos no comparten la información médica, a menos que la persona lleve el carnet de control clínico (pero esta no se podía presentar, debido a extravíos) y la información se queda hasta el parto y no se vuelve a pasar a las clínicas donde se controlaron para volver a hacer el chequeo médico post parto. Por lo tanto, existe la necesidad de interconectar la información, pero muchos centros de salud no cuentan con la infraestructura tecnológica para hacerlo (Pérez-Lu *et al*, 2015: 376).

Otra cosa importante fue que el Ministerio de Salud creó al área de Defensoría de la Salud y Transparencia del Ministerio de Salud, llamada Información de Salud (INFOSALUD) la cual “brinda orientación y consejería en salud integral, información institucional y seguimiento universal, asimismo atiende quejas sobre la atención en los diferentes establecimientos de salud del MINSA; garantiza a la ciudadanía acceder gratuitamente a la comunicación con un profesional” (Sánchez, 2013: 39).

## **2.3 Capacidades culturales**

### **2.3.1 Ausencia de impedimento o restricción para que la mujer sea atendida**

No existen en las estadísticas oficiales o en alguna otra investigación de corte académico datos que nos puedan hablar sobre el impedimento de las mujeres para ser atendidas, sólo Santos (2010) menciona que el machismo puede ser una barrera cuando un hombre “no deja que su mujer sea atendida en un establecimiento de salud, por temor a ser vista por algún hombre; terminando su parto en domicilio atendida por partera o un familiar” (Santos, 2010: 25).

La otra evidencia que se puede mostrar para este apartado es parte de lo recabado durante las entrevistas a profundidad, que conviene citar aquí.

O como lo ejemplifica Quiñones (2016), en la entrevista:

“El machismo es muy fuerte y no ha habido suficiente trabajo sobre los determinantes sociales de la salud. Los determinantes sociales deberían de haber hecho de que las mujeres de verdad que ahora van más a la primaria, van más a la secundaria pero las mujeres no deciden sobre sus cuerpos y todavía no tiene esa capacidad, ese empoderamiento que incluye su propio cuerpo para decir estoy sangrando me voy al hospital. Te cuento lo que me pasa a mis colegas, en una zona alejada de Piura donde hay muerte la mujer está sangrando porque tiene placenta previa y va la hermana, la prima, a comunicarle a la obstetra *porque ahí en la casita en un cuartito está una señora para llevarla al centro de salud*, y la suegra dice, *no se puede mover de acá porque mi hijo se fue a su chacra y va a volver hasta las 4 de la tarde y ella no se puede ir porque ella me la ha encargado a mí y hasta que el no venga no se puede mover*. Mi colega desesperada porque sabe que es placenta previa, que si sangraba va sangrar más se va a la comisaría y le dice al policía *mire se puede morir esta mujer si no actuamos*, acompáñeme y le dice a la suegra que *si algo le pasa a la señora se la va a llevar presa, para yo poderme llevar a la paciente al centro*, así le han tenido que hacer, cuando la mujer por sus propios pies puede decir *traiga un taxi y lléveme porque estoy sangrando*, no, *estamos esperando al marido*. Eso en un análisis de repuesta de las muertes maternas, muchas de ellas llegan tarde al establecimiento porque no tenían al marido para que tomaba la decisión de llevarlas o porque estaban ahí y no tenían ni un sol para movilizarse” (Quiñones, comunicación personal, 2016).

### **3. Las capacidades que deben de ser otorgadas al lugar/país donde habitan las mujeres**

#### **3.1 Capacidades económicas**

##### **3.1.1 Condiciones laborales adecuadas para embarazo y lactancia**



Según la legislación de Perú, la licencia de maternidad se otorga por 98 días y se otorgan 30 más si se trata de un parto múltiple o un menor con discapacidad u adopciones. Se puede perder la licencia si se pierde el vínculo laboral, se trabaja o no se cumplen las prescripciones médicas. Las únicas que no requieren tener vínculo laboral son las trabajadoras agrarias. Para esto, se debe contar con alguna afiliación a la seguridad social y un trabajo, además de tener 3 meses de aportes antes de la concepción o cuatro no consecutivos dentro de los seis meses que inicie el subsidio. Aplica a las mujeres que son trabajadoras aseguradas o que logran ahorrar para la licencia de maternidad (Gobierno de Perú 2018).

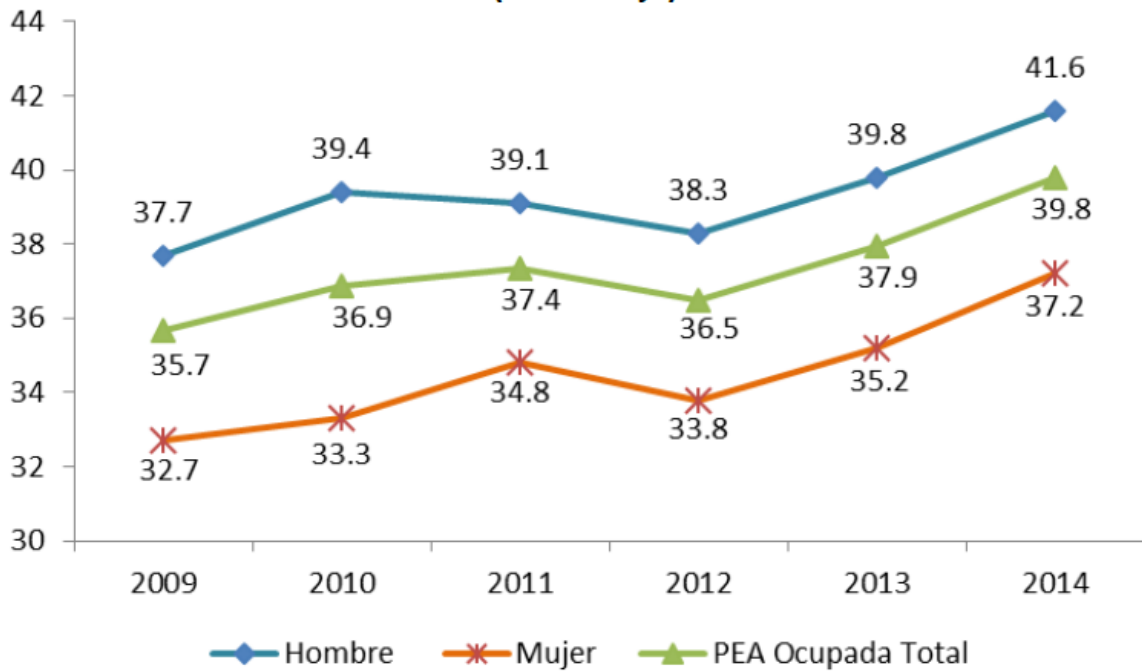
Sin embargo, existe también la siguiente situación: “Las desventajas de la población femenina se reflejan no solo en los menores ingresos que perciben y en el menor acceso al mercado laboral, sino también el de contar con empleos precarios, es decir con empleos que no cuentan con protección social y beneficios. Asimismo, las mujeres en su mayoría se encuentran participando en actividades de baja productividad, participando en la economía informal y con menos movilidad en la economía formal en relación a los hombres. Más aún, existe un gran porcentaje de mujeres que se encuentran participando en el mercado laboral como trabajadoras familiares no remuneradas” (Ministerio del trabajo y promoción del empleo, 2015: 8).

Como prueba de ello se muestra la siguiente gráfica donde se expone cómo la “calidad del empleo” para las mujeres en Perú es menor que para los hombres, dejando siempre a las mujeres en la vulnerabilidad y la desventaja, sin embargo, en los últimos años ha habido un aumento de esta:

“El 100% del índice refleja el más alto puntaje en los siguientes componentes: ingresos por encima de las tres remuneraciones mínimas vitales, existencia de un contrato laboral escrito a término indefinido, afiliación a los sistemas de salud y pensiones, así como un horario de trabajo no mayor a las 48 horas, podemos afirmar que en el 2014, la calidad del empleo de la población ocupada se incrementó. Así, la calidad del empleo femenino alcanzó el índice de 32,7% en el año 2009 y 37,2% en el 2014, mientras que en el caso de la población masculina con un nivel más alto pasó de 37,7% en el año 2009 a 41,6% en el 2014”.

Gráfica 48: Calidad del empleo de 1990 a 2014, por género

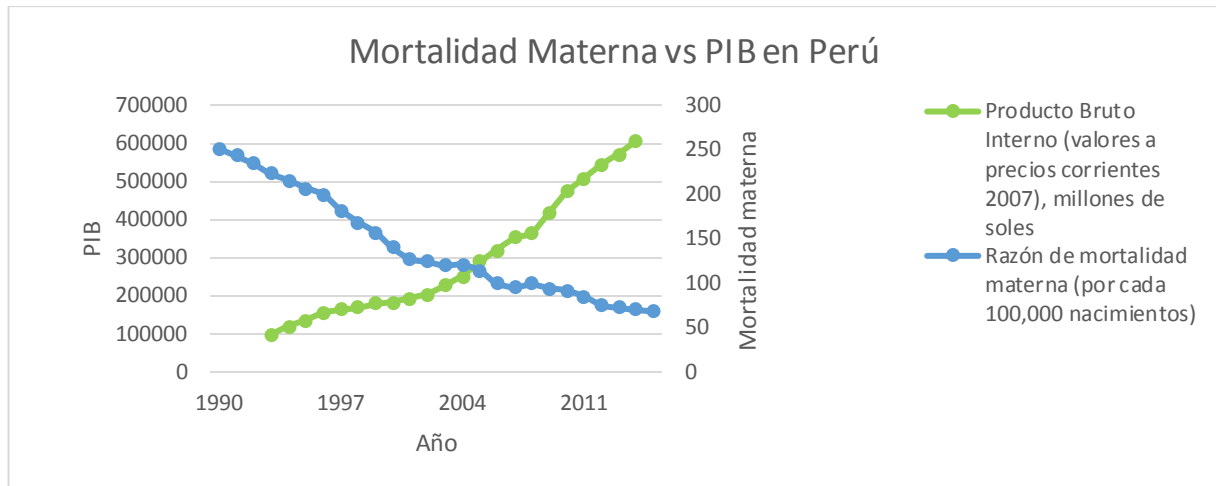
PERÚ: ÍNDICE DE CALIDAD DEL EMPLEO POR SEXO, 2009-2014  
(Porcentaje)



Fuente: Ministerio del trabajo y promoción del empleo (2015; 60)

### 3.1.2 PIB, porcentaje de gasto en salud y seguridad social

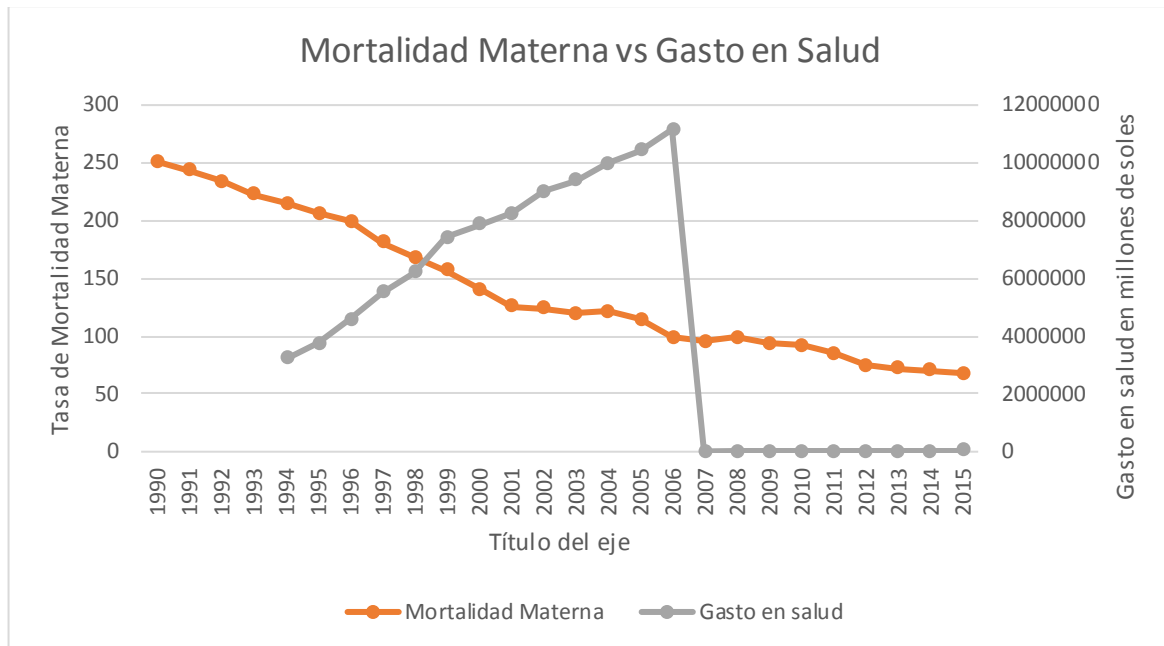
Gráfica 59: Mortalidad materna vs PIB de Perú por años



Fuente: Elaboración propia con datos del INEI, 2018a.

Finalmente, también el crecimiento económico ha sido importante, pues se observa que este se ha incrementado a lo largo de los años mientras la salud en general y la salud materna, en particular, también se incrementan. Como se ha discutido desde el inicio el PIB y el crecimiento económico, sí influyen, pero lo hace más una política bien enfocada hacia los objetivos como lo dice concretamente Sen (1999: 10, 39) y lo prueba Dheeshana y Subadra, (2011:224)

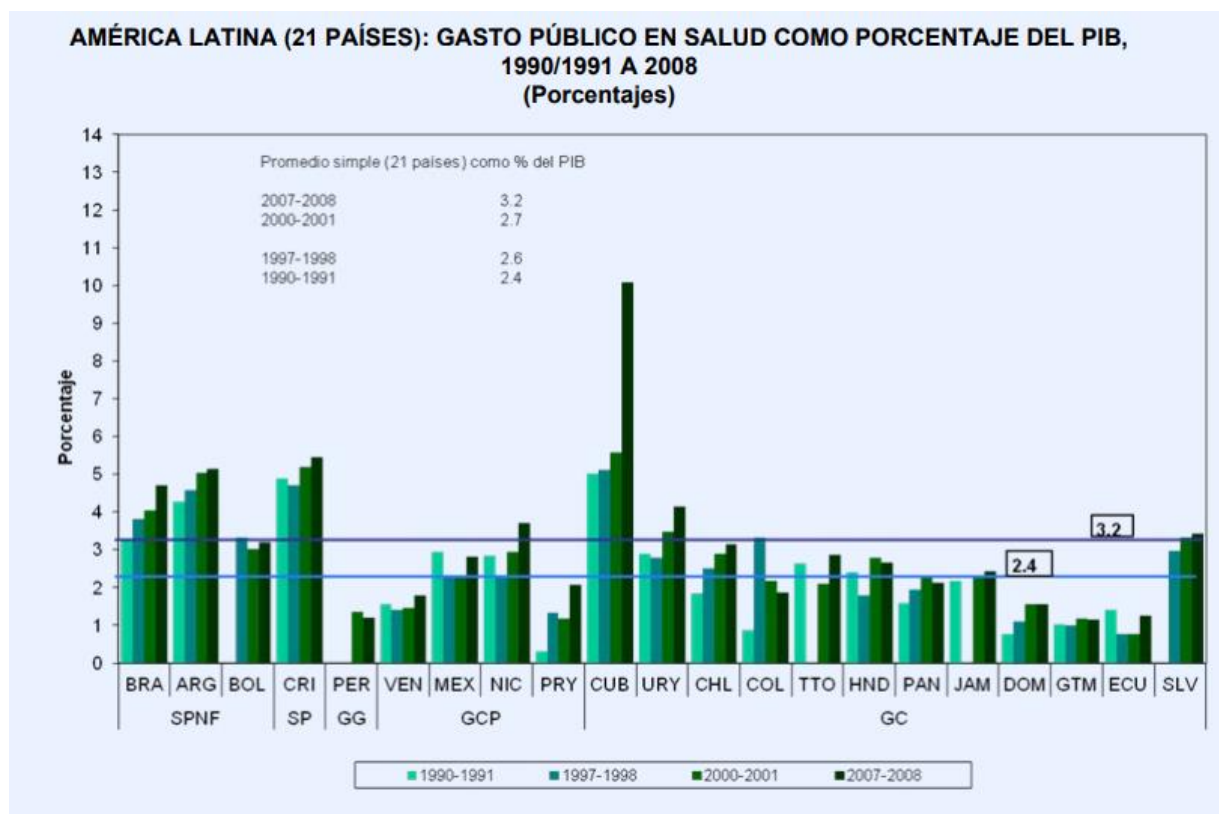
**Gráfica 60: Mortalidad materna vs Gasto en salud**



Fuente: INEI (2018a)

Perú es uno de los países que menos gasto en salud en la región, lo que sucede es que se focaliza y se transparenta dicho gasto.

**Gráfica 61: Comparativo de gasto en salud en distintos países de Latinoamérica 1990/2008**



Fuente: Martínez y Collinao (2008)

No se necesitó una fuerte inversión en salud, ya que según la Estrategia de Cooperación Técnica OPS/OMS Perú (2010) (citada en Sánchez, 2013), Perú tiene uno de los más bajos presupuestos en la Salud en Latinoamérica, de 4.4% del PIB (donde el 2.3% es público y el 2.1% es privado), que está por debajo de la Comunidad Andina (5.8% Bolivia y Colombia, 8.3% de Ecuador y 6.4% de Venezuela) (Sánchez, 2013: 44), por lo que, de acuerdo a las teorías anteriormente analizadas coinciden con el argumento de la poca inversión de salud si hay un aumento en las capacidades.

### 3.2 Capacidades sociales

#### 3.2.1 Ausencia de discriminación por origen racial o étnico

Tabla 15: Población total, indígena y Razón de Muerte Materna en Perú, 2007

Distrito	Población total 2007	Población indígena	Porcentaje de su población	RMM 2007
<b>Sierra</b>				
Ayacucho	612,489	231	0.04%	12
Cajamarca	1,387,809	988	0.07%	<b>55</b>
Cusco	1,171,403	15,230	1.3%	<b>25</b>
Huánuco	762,223	2,594	0.34%	<b>23</b>
Junín	1,225,474	73,637	6.01%	<b>34</b>
Pasco	280,449	16,414	5.85%	8
<b>Selva</b>				
Amazonas	375,993	52,153	13.87%	12
Loreto	891,732	105,900	11.88%	<b>36</b>
Madre de Dios	109,555	4,005	3.66%	2
San Martín	728,808	21,416	2.94%	<b>22</b>
Ucayí	432,159	40,407	9.35%	11

Fuente: Dirección Nacional de Censos y Encuestas (2009)

Los datos presentados son los recopilados por los censos nacionales que se realizan en Perú cada 10 años. La información corresponde al año 2007 pues los resultados del 2017 todavía no han sido procesados por completo<sup>10</sup>. Por desgracia los resultados se presentaron sólo de los habitantes indígenas que hay en las regiones predominantemente indígenas, pero se olvidan de los indígenas que existen en

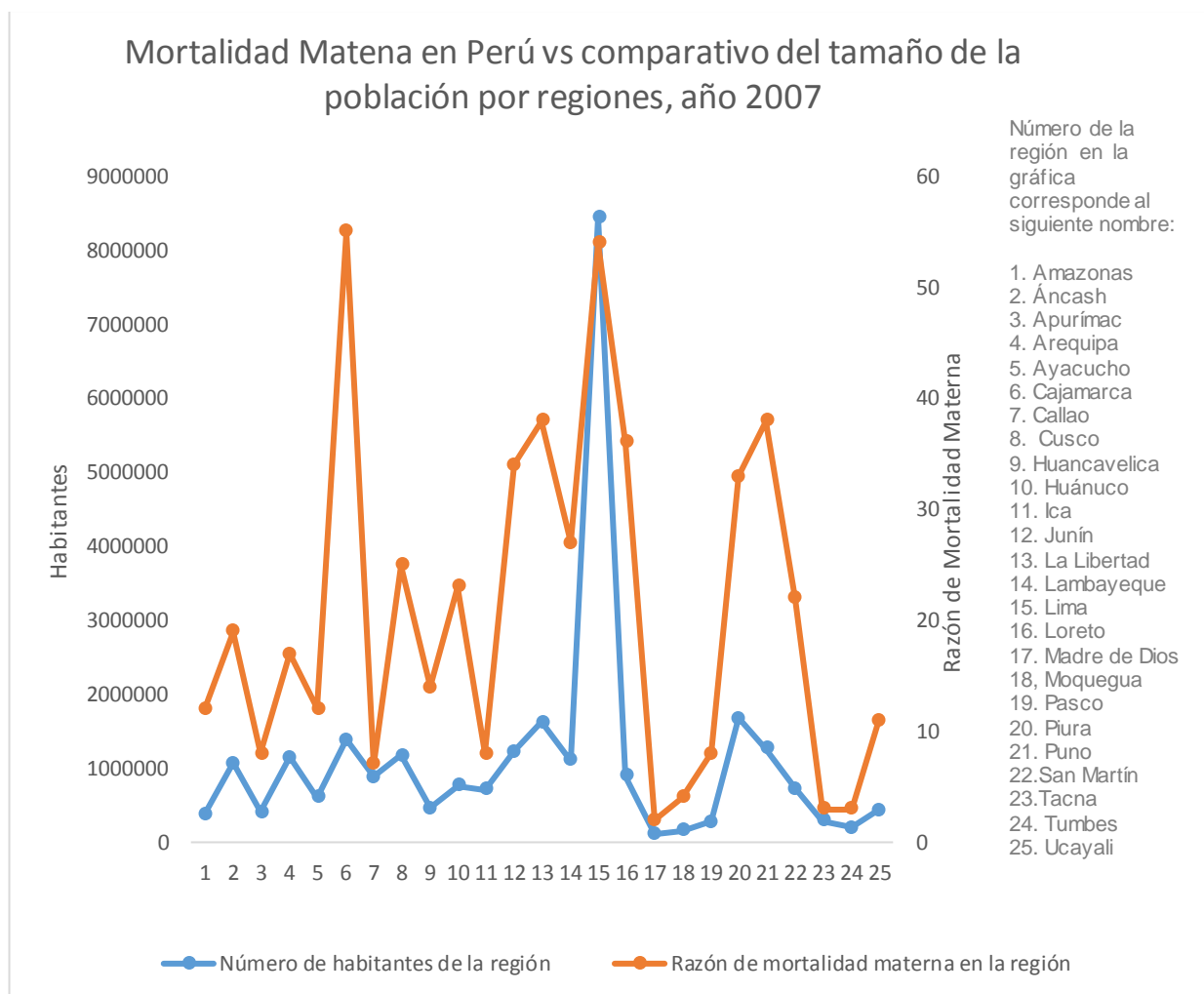
<sup>10</sup> Presentación de primeros resultados del Censo 2017 en junio de 2018: <https://peru21.pe/peru/censos-nacionales-2017-inei-presento-primeros-resultados-411484>

aquellas regiones mestizas y la capital. Los índices más altos de mortalidad materna estaban en aquellas regiones con mayor población indígena, pero para el 2007 se observa que en estas regiones su población representa entre el 0.3% y el 14%. La media nacional de la Razón de Mortalidad Materna para ese año fue de 20.5, por lo que las cifras que aparecen marcadas en rojo son las que sobrepasan esa media. Sólo Loreto en la Selva, es la región con más población indígena que estuvo arriba de la media nacional de mortalidad materna. El problema es que con estos datos no se puede saber si todas las mujeres que murieron en esas regiones eran de origen indígena para poder emitir conclusiones al respecto, pero dentro de las políticas públicas para bajar la mortalidad materna, el enfoque intercultural, dirigido a los grupos indígenas tuvo un alto impacto para lograr el objetivo.

### 3.3 Capacidades de infraestructura

#### 3.3.1 Acceso menor a dos horas de distancia a hospitales y centros de salud sin importar tamaño de localidad (urbano o rural)

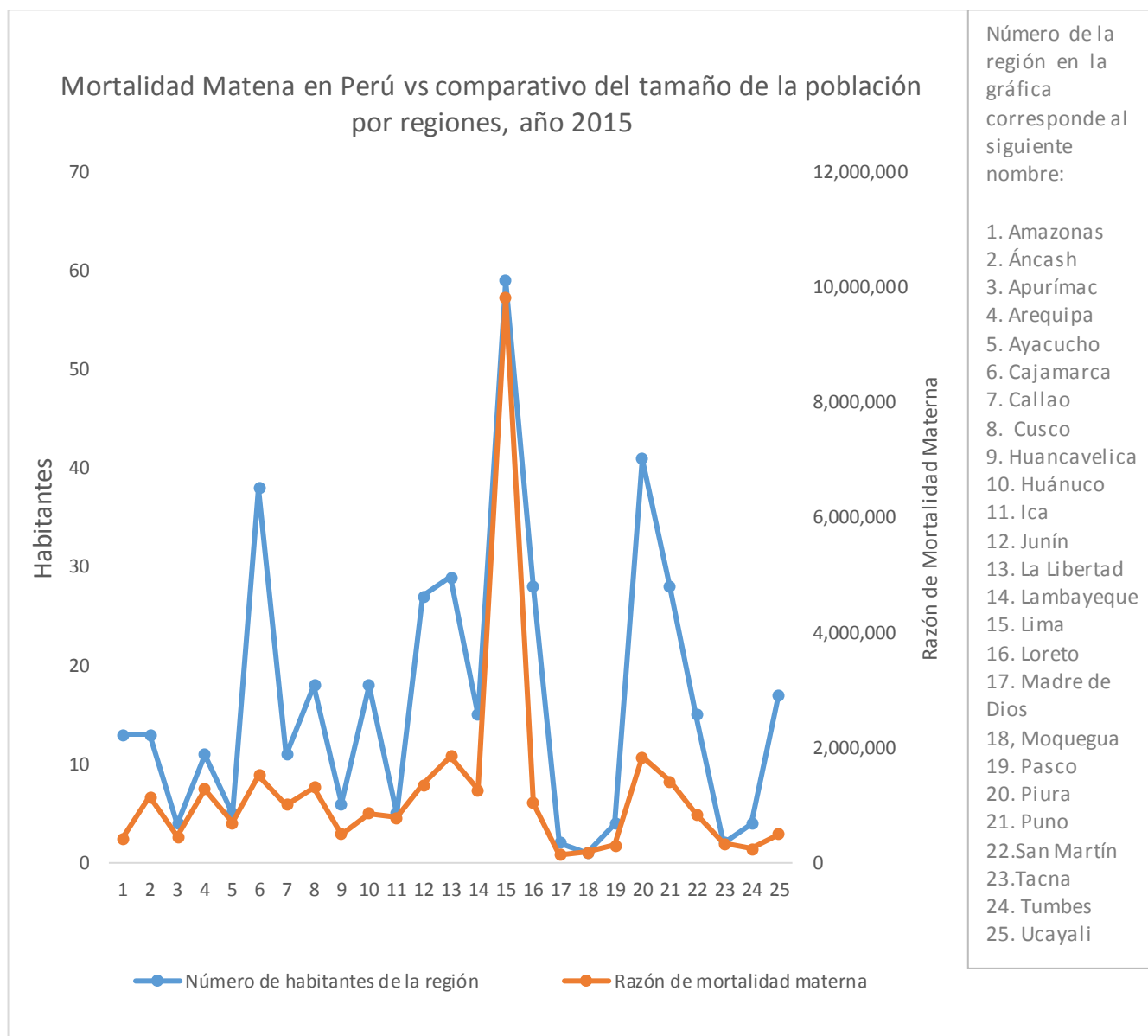
**Gráfica 62: Mortalidad materna en Perú vs comparativo del tamaño de la población por regiones, año 2007**



Fuente: INEI (2018)



**Gráfica 63: Mortalidad materna en Perú vs comparativo del tamaño de la población por regiones, año 2015**

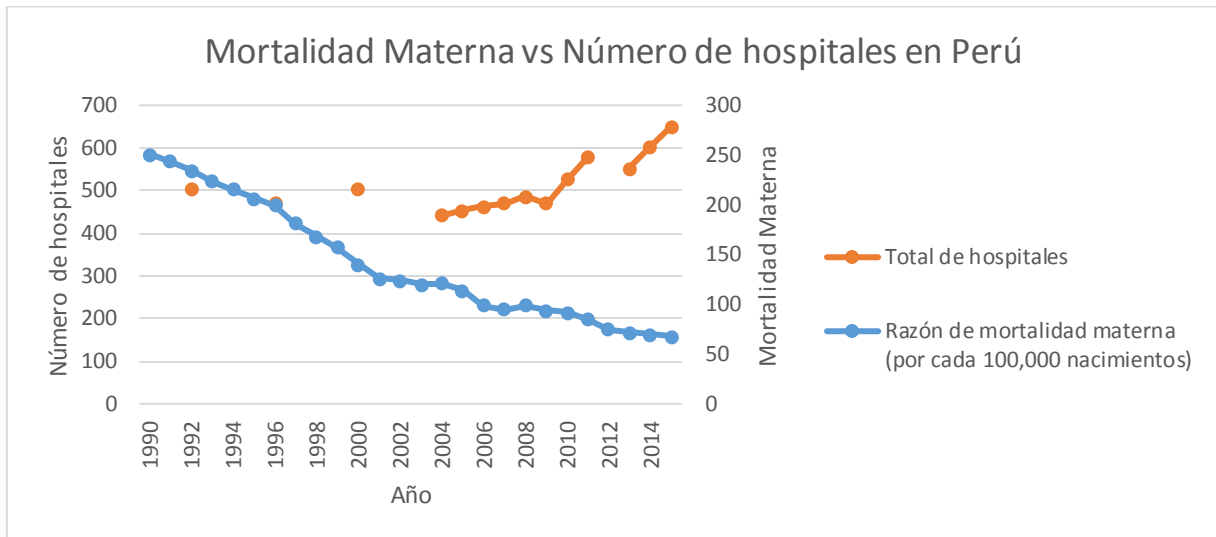


Fuente: INEI (2018)

Las causas de muerte están ligadas a los lugares donde se vive, al nivel socioeconómico y al estilo de vida. Por ejemplo, en un estudio hecho por Ruiz y Morales (2009) y Chávez (2010), encontraron que en las entidades más pobres de México y las zonas rurales la principal causa de muerte son las obstétricas (hemorragia), mientras que entidades con mayor desarrollo económico como el norte del país y la capital, zonas urbanas, las principales causas de muerte son las indirectas preclamsia y los padecimientos sistémicos subyacentes (como la diabetes), (Uribe, Ruiz y Morales, 2009: 58, Chávez, 2010: 68).

Cabe señalar que las causas “no obstétricas” están aumentando a nivel mundial y pueden compararse en magnitud con la hemorragia y las enfermedades hipertensivas (que son las que más víctimas de la mortalidad materna tienen); sin embargo estas causas no se mencionan en los estudios hechos sobre la mortalidad materna, tal vez porque las causas no obstétricas son muy variadas y los investigadores deciden analizarlas separadamente.

**Gráfica 64: Mortalidad materna vs número de hospitales en Perú, por años**

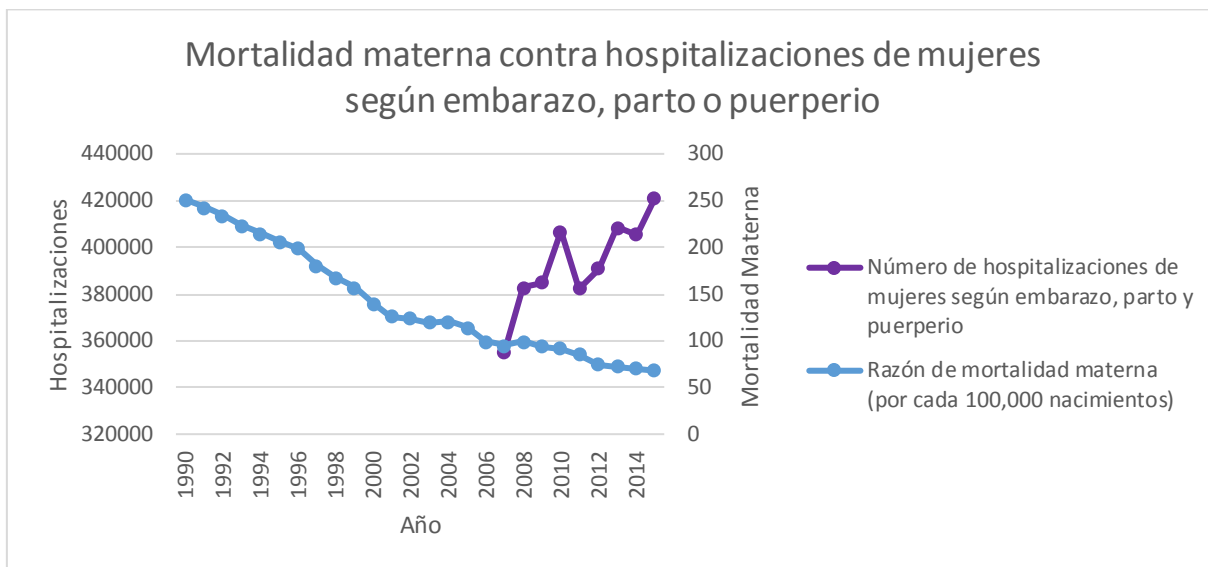


Fuente: Elaboración propia con datos del INEI, 2018a.

Aunque las estadísticas oficiales no reportan cada uno de los años, hay un aumento en infraestructura hospitalaria en Perú en dos períodos: del 2008 al 2010 y el 2012 al 2015. Estos períodos de tiempo coinciden cuando funcionó el programa Par Salud y se construyeron clínicas de salud en los lugares con más mortalidad materna en Perú.

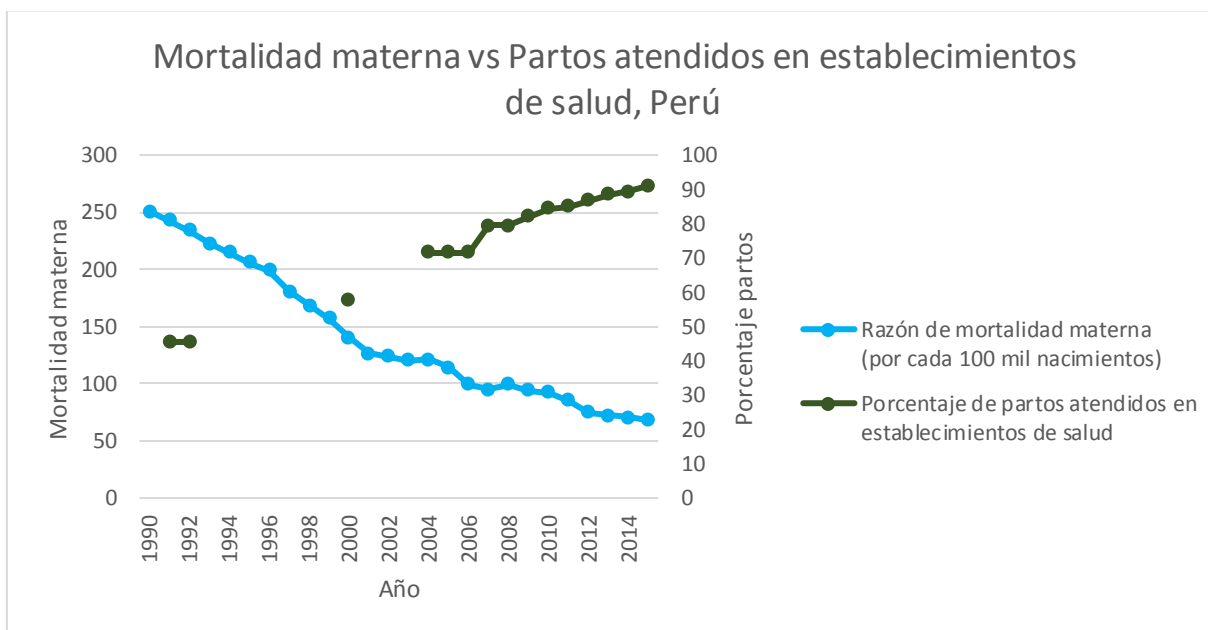
El acceso a la infraestructura sanitaria es fundamental para acabar con la mortalidad materna, como ya lo explicaron Hernández y Palacio (2012: 123); Lomelí, Flores y Granados, (2012: 252-255) y se discutió anteriormente, como por ejemplo, en el caso de las hemorragias que si se tarda más de dos horas en ser atendida la mujer muere o en otras complicaciones.

**Gráfica 65: Mortalidad materna y hospitalizaciones de mujeres en embarazo, parto o puerperio en Perú, por años**



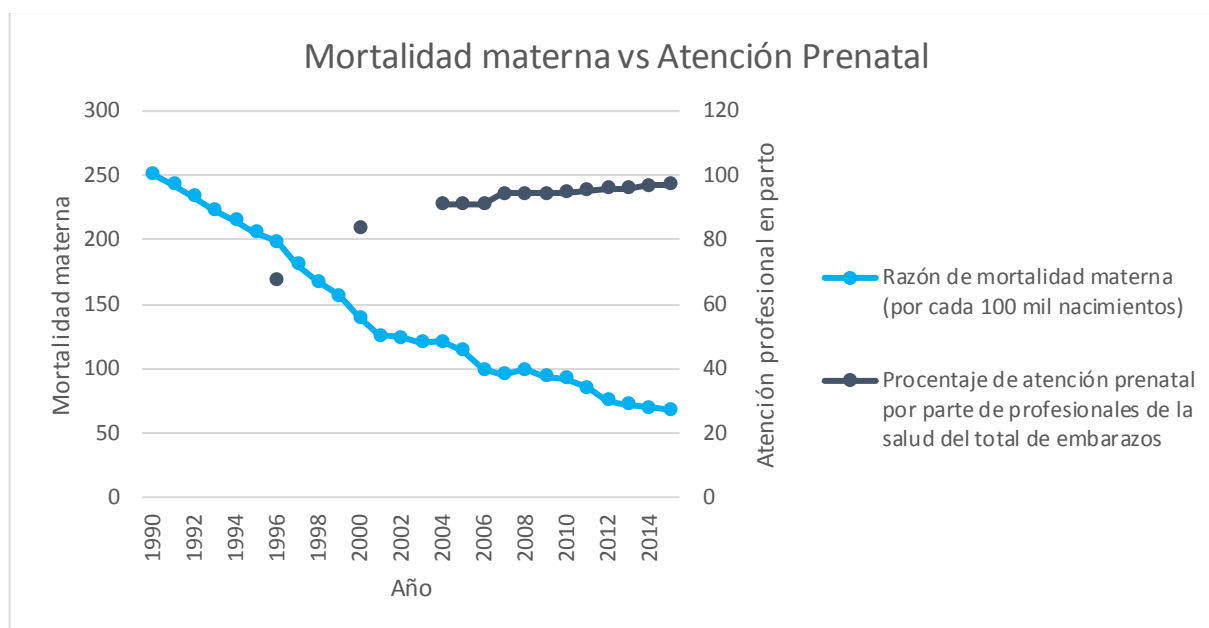
Fuente: Elaboración propia con datos del INEI, 2018a.

**Gráfica 66: Mortalidad materna y partos atendidos en establecimientos de salud en Perú, por años**



Fuente: Elaboración propia con datos del INEI, 2018a.

**Gráfica 67: Mortalidad materna y atención prenatal en Perú, por años**



Fuente: Elaboración propia con datos del INEI, 2018a.

En estas tres gráficas ilustran la situación, a pesar de que solamente se muestren datos del 2006 al 2015. El problema de Perú era que el parto no estaba institucionalizado y también si había una complicación no se atendían en las clínicas de salud por distintas circunstancias (lejanía, falta de dinero, etc.). El aumento de hospitalizaciones puede verse como el aumento de personas que sufrieron algún evento clínico y tuvieron que ser hospitalizadas, pero también hay que observarlo desde el punto de vista de que los cuidados de complicaciones obstétricas la población las pasó a manos del estado, se institucionalizaron y bajó la mortalidad.

La gráfica mostraría una situación preocupante si se hospitalizaran más y subiera la mortalidad materna, entonces quisiera decir que el Estado está incumpliendo en la capacidad para resolver dichas complicaciones, es decir, o no tiene la infraestructura, ni el personal para resolverlas. Pero lejos de esto, la atención se está canalizando a dónde se puede resolver.

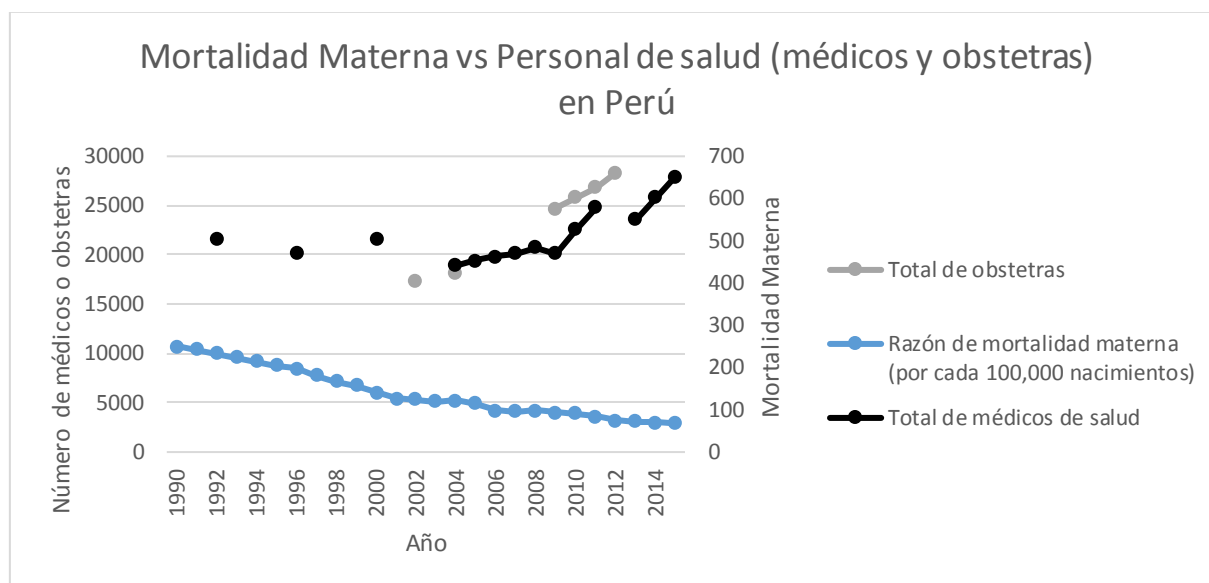
Aunque algunos estudios, que se citan en este trabajo (Del Carpio, 2013: 463), sugieren que sólo se ha cambiado el lugar de la muerte materna “de la casa al hospital”, bien pudiera ser cierto; pero también podemos suponer que las que mueren son los casos muy complicados o que llegan muy tarde y que incluso aunque el lugar de defunción haya cambiado, es un hecho que la mortalidad ha disminuido. Como bien lo sostiene Santos (2010: 32), que siempre habrá más probabilidades que una mujer muera en su casa cuando no es atendida. Aquí se podría apela a las capacidades de

“acceso a infraestructura sanitaria (hospitales y centros de salud) señaladas por Hernández y Palacio (2012) y Lomelí, Flores y Granados (2012).

Sobre el tiempo de demora para llegar al establecimiento de salud, no existen datos u otros estudios sobre mapeo de hospitales y cercanía a los poblados en Perú. En las entrevistas a Matsumura (2016) y Vigo (2016) ellos afirman que el programa ParSalud hizo un estudio sobre dónde establecer las clínicas en los lugares con menos infraestructura y más alejados del país y ubicarlas a un máximo de dos horas de distancia a los poblados más cercanos, para que una mujer que sufriera hemorragia pudiera llegar al establecimiento más cercano sin complicaciones (Masumura, comunicación personal, 2016; Vico, comunicación personal, 2016).

### 3.3.2 Atención del parto por personal calificado (médicos, obstetras, parteras)

**Gráfica 68: Mortalidad materna vs personal de salud (médicos y obstetras) en Perú, por años**



Fuente: Elaboración propia con datos del INEI, 2018a.

Como en la gráfica anterior, aunque las estadísticas oficiales no reportan cada uno de los años, hay un aumento en personal de salud (médicos generales y obstetras) en Perú en dos períodos: del 2008 al 2010 y el 2012 al 2015. Estos períodos de tiempo también coinciden cuando funcionó el programa Par Salud y uno de los objetivos de este programa era de colocar personal de salud en los lugares con más mortalidad materna en Perú.

De acuerdo a Santos (2010: 25) y Dheeshana y Subadra (2011:224), además de otros estudios y autores, la atención prenatal y posnatal realizada por especialistas salva la vida de las mujeres, tanto que la UNFPA (Eslava, 2010: 193), lo recomienda junto con que el paciente tenga acceso al cuidado obstétrico de emergencia como estrategias para disminuir la mortalidad materna.

**Gráfica 69: Hospitales y Gineco Obstetras en Perú por departamento, 2013**



Fuente: INEI (S/Fa)

### 3.3.3 Tecnología disponible para tratar complicaciones en el embarazo, parto o puerperio

Como se puede observar en el siguiente cuadro existe el equipo para tratar complicaciones y problemas del parto, embarazo y puerperio, sin embargo, la disponibilidad no está en todas las clínicas de salud de Perú y en algunos casos no existe en las regiones cierto equipo médico. Aquí para tratar el problema se necesita un buen sistema de referencias y coordinación entre las clínicas para mandar a los pacientes que necesiten algún tipo de aparato.

**Gráfica 70: Establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales básicas por disponibilidad de equipos e instrumental de emergencia obstétrica, según departamento, 2013**

Departamento	Total de Establecimientos de Salud	Tipos de equipos instrumentales						
		Balón con Oxígeno 1/	Camilla Ginecológica	Aspirador Eléctrico	Bolsa Auto-inflable de Reanimación para Recién Nacido	Oxímetro de Pulso	Estetoscopio Neonatal	Equipo Doppler de Detección de Latidos Fetales
<b>Total</b>	<b>801</b>	<b>498</b>	<b>238</b>	<b>348</b>	<b>264</b>	<b>268</b>	<b>157</b>	<b>250</b>
Amazonas	32	15	9	9	9	9	5	6
Ancash	30	16	11	18	11	11	8	14
Apurímac	33	23	15	24	13	13	9	14
Arequipa	27	15	7	13	5	9	1	6
Ayacucho	40	22	17	20	14	18	10	18
Cajamarca	59	30	14	15	14	12	10	14
Callao	14	9	5	2	2	7	1	7
Cusco	50	31	8	32	17	20	9	11
Huancavelica	31	24	15	19	12	11	12	15
Huánuco	37	19	6	23	19	17	11	9
Ica	22	14	7	9	3	6	2	6
Junín	36	24	18	22	17	9	13	13
La Libertad	43	28	17	19	18	14	8	12
Lambayeque	20	12	4	8	3	3	-	5
Lima	108	76	41	34	38	38	13	44
Loreto	34	19	2	6	12	15	16	5
Madre de Dios	12	7	1	3	4	3	2	3
Moquegua	11	5	3	5	4	2	2	2
Pasco	14	8	4	6	6	3	1	4
Piura	31	23	6	16	7	9	4	7
Puno	48	27	12	13	8	13	7	13
San Martín	35	27	10	17	19	16	6	14
Tacna	9	8	1	6	-	2	-	2
Tumbes	12	9	-	7	6	4	3	1
Ucayali	13	7	5	2	3	4	4	5

Fuente: INEI (S/Fa: 384)



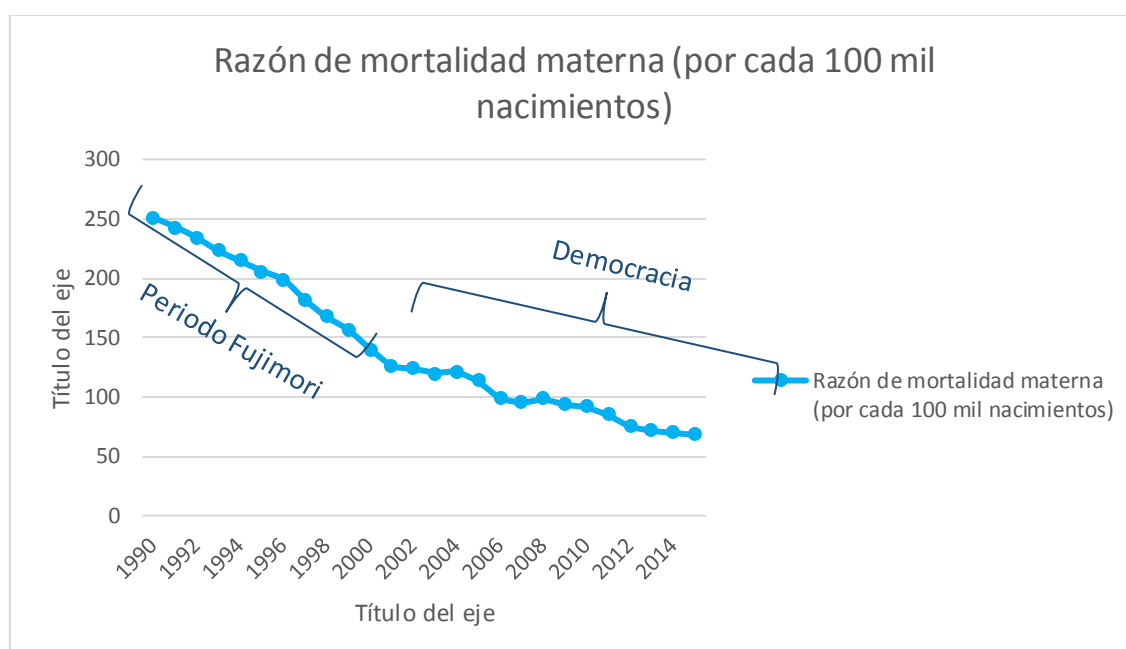
### **3.3.4 Sistemas de referencia y coordinación entre los niveles de atención hospitalaria, disponibilidad de información, expediente clínico en red**

(Para no ser repetitivo en este apartado ver las páginas 141 a la 143 donde se aborda este tema)

## **3.4 Capacidades políticas**

### **3.4.1 Democracia, gobernanza y estado de derecho, libertad y participación política**

**Gráfica 71: Mortalidad materna vs democracia en Perú**



Fuente: Elaboración propia.

Otra de las discusiones que varios autores plantearon, fue que la democracia ayuda a que la mortalidad materna baje y en Perú esto se cumplió, como se venía discutiendo y ejemplificando de otros países que aunque no tenían muchos recursos, sus sistemas democráticos habían hecho posible la mejora de salud de sus habitantes y la disminución de la mortalidad materna como el caso de Costa Rica. Aunque el caso paradigmático sería el de Cuba y sus índices que están bajos, Venezuela tuvo aumentos de la mortalidad materna en los últimos años debido a su régimen que ha pegado en sus sistemas de salud (ver gráfica 1 y 2). Democracia, gobernanza y estado de derecho, libertad y participación política son factores a nivel país indispensables que

King, Klasen y Porter (2008, 13-43), Nussbaum, (2000: 61), Sen, (1995:10), Welti (2012: 74) y Deaton (2013:14) sostienen que debe haber.

### **3.4.2 Acceso al aborto legal**

Para los embarazos que terminan en aborto, Espinoza (citado en Romero *et al*, 2010) subraya que para el aborto “no se cuenta con un registro preciso sobre la frecuencia de muertes maternas asociadas a la práctica de un aborto inseguro y sus complicaciones” debido a la clandestinidad y las consecuencias legales y emocionales (Romero *et al*, 2010: 45). Por lo que tal vez el porcentaje de abortos sea superior al presentado en las estadísticas oficiales, esto debido al rechazo que la sociedad muestra a este fenómeno: “existe evidencias de que las muertes maternas por aborto son las que sufren las peores discriminaciones y maltrato; esto debido al estigma social que este procedimiento significa” (Yamin, 2003: 54).

En Perú también el aborto, es algo controversial y sensible, por esta razón está criminalizado: “El aborto es un delito penado por la ley, salvo en el caso del aborto terapéutico que se autoriza por ser la única manera de salvar la vida de la gestante o evitarle un mal grave o permanente” (Yamin, 2003: 221), y no sólo eso, la Ley General de Salud dicta que los médicos deben informar al establecimiento de salud cuando haya evidencia de un aborto inducido para que a su vez denuncien ante las autoridades correspondientes, la pena para la mujer que lo practica es de dos años en prisión o servicio social (52 a 104 jornadas), para quien realizó el aborto prisión de 2 a 4 años (Yamin, 2003: 222).

El día 12 de marzo de 2016, se realizó la Marcha por la Vida (<http://marchaporlavidalima.org/>) que congregó a más de 750 mil personas en Lima. En dicha marcha, sectores conservadores de la sociedad manifestaron su rechazo al aborto, los cuales, como se mencionó anteriormente, también están en contra de los métodos anticonceptivos. Tantaleán (2016) se cuestiona cómo el gobierno peruano invierte en el aborto cuando es la cuarta causa de muerte y no en las primeras, como lo son la hemorragia e hipertensión. Asegura que es un tema ideológico y de derecho, no de salud: “buscan hacer creer a toda la población que la gente se muere porque no hay aborto y eso es una gran mentira y lo que es más triste es que esas políticas, al final las más vulnerables vienen a ser las mujeres, porque en el momento que se

permite el aborto, ese ser humano perdió todo derecho” (Tantaléan, 2016), ya que como el mismo lo explica cuando se practica la selección fetal, el femenino es al primero que abortan en muchos países, además ejemplifica que cuando existe alguna equivocación médica y se realiza un aborto sin haberlo solicitado, no se puede demandar una reparación del daño. En contraste, en la entrevista a Chávez (2017), ella expone que si bien el aborto estaba en los últimos lugares de causas de muerte materna, al mejorarse los servicios de salud y ponerlos al alcance de la población, las primeras causas se han solucionado y el aborto ha ido ganando terreno; así mismo el aborto es necesario cuando hay más mujeres que se embarazan a mayor edad y tienen problemas de salud que se agravan con el embarazo, para la cual un aborto puede salvarles la vida (Chávez, 2017). Las excepciones están ya en la ley y además la misma ley deja margen para que lo aplique si una junta médica lo decide (Tantaleán, comunicación personal, 2016).

En la entrevista hecha a Bretin (2016), ella señala que no se puede tratar el tema de la anticoncepción sin tratar el tema del aborto y que una política de acceso a la anticoncepción sin acceso al aborto es contraproducente, porque hay que darle a la mujer la capacidad de elegir si se queda o no con un embarazo (Bretin, comunicación personal, 2016). Bretin, da el ejemplo de Francia. Francia es exactamente lo opuesto al Perú: a los adolescentes se les da la pastilla del día siguiente totalmente gratuita y además pueden ir a abortar sin la autorización de sus padres, solamente acompañadas de algún adulto. Las cifras de aborto en Francia se mantuvieron, no bajaron por el acceso a los anticonceptivos gratuitos, lo que bajó fueron los abortos clandestinos (Bretin, comunicación personal, 2016).

En cuanto al problema del aborto, Rousseau (2007) afirma que en Perú se asocia a los casos de muerte materna de entre 10% y 30%, realizado por no profesionales o autoejecutado. Cabe señalar que en Perú, es un crimen, excepto cuando es realizado por razones terapéuticas y la vida de la mujer está en peligro, incluso la ley en Perú responsabiliza criminalmente al personal que no informe de casos sospechosos. Rousseau (2007) calcula que 4 de 10 nacimientos vivos son abortos o 5 por cada 100 mujeres en edad reproductiva, concentrándose en mujeres de escasos recursos, pues las de clase alta pueden realizárselo en clínicas privadas, que aunque sigue siendo ilegal, es más seguro (Rousseau, 2007: 316). Vigo (2016) señala esto y agrega el problema de las adopciones en Perú: “no tenemos una política de adopción clara tampoco, los temas de adopción son engorrosísimos y

complejísimos, que el temor que tenemos a que los niños se comercie con ellos es tanto que tenemos reglas tras reglas tras reglas, que entran a un hospicio y terminan generando pobreza, todo eso suma y lo peor es que hemos cerrado los ojos frente a una realidad, que está ahí, además que es dramático para la familia” (Vigo, comunicación personal, 2016)

Como se había mencionado en capítulos anteriores, de acuerdo a la UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas), (Eslava, 2010: 193), la estrategia para reducir la mortalidad materna era:

- 1) Tener acceso a medidas de anticoncepción y embarazos no deseados
- 2) Tener acceso al cuidado de personal entrenado al momento del parto
- 3) Que al paciente con complicaciones tenga acceso oportuno al cuidado obstétrico de emergencia.

Perú no siguió la primera recomendación, solo la segunda y la tercera, y tal vez si la hubiera seguido hubiera disminuido su mortalidad materna.

Sin embargo también en la falta de capacidades de las mujeres y en la negación de estas tanto durante su embarazo como durante toda su vida tiene fuertes repercusiones. Para reforzar este argumento, conviene citar un estudio realizado por Koch *et al* (2015) en el que se analizó la legislación sobre el aborto, la salud materna, la fertilidad, la educación de las mujeres, la sanidad y la violencia contra las mujeres en los 32 estados de la República Mexicana. Para empezar, se sabe que cada estado del país tiene una legislación muy diferente sobre el aborto, el cual en todos es legal (no se persigue judicialmente a la mujer) en los siguientes casos: 1) violación (contemplada en los 32 estados); 2) conducta imprudencial (29 estados); 3) riesgo para la vida de la madre (25 estados); 4) malformación congénita o genética (14 estados); 5) serio riesgo para la salud de la madre (12 estados); 6) inseminación artificial sin consentimiento (10 estados); 7) razones económicas o sociales (1 estado); 8) a petición de la mujer (capital del país), (Koch *et al*, 2015: 4)

Koch *et al* (2015) descubrieron en el estudio que los estados mexicanos con una legislación menos tolerante en cuanto al aborto, mostraban menores índices de mortalidad materna y mortalidad por aborto en comparación con aquellos que tienen una legislación que da más permiso para abortar y que las causas de muertes maternas se explican por otras variables relacionadas: “En un análisis exhaustivo multivariado se mostró que a las diferencias observadas en los resultados de mortalidad materna entre los estados se explica en gran medida por una combinación de variables relacionadas

con la salud materna, la fertilidad, alfabetización de la mujer, la violencia infligida por la pareja contra las mujeres y el saneamiento” (Koch *et al*: 2015: 1). Se creía, antes de realizar el estudio que la condición de clandestinidad para que las mujeres recurrieran al aborto, haciéndolo en condiciones donde ponían en riesgo sus vidas, era un factor que aumentaba la mortalidad materna, pero después del estudio se dieron cuenta que más que eso, la mortalidad era afectada por cosas tan simples como “falta de agua potable o pobreza”, a lo que podemos llamarle la falta de capacidades.

Así mismo el estudio arrojó otros datos que hay que resaltar, para el análisis de la política pública como es lo siguiente:

- 1) Por cada 1% de incremento en la habilidad de la persona que atiende el parto, los riesgos de muerte materna disminuyen al 0.42%
- 2) Por cada aborto hospitalizado, disminuye en 0.8% la mortalidad (lo que resalta la importancia del acceso a las unidades de emergencia obstétrica especializadas y el cuidado posaborto).
- 3) Por cada 1% de incremento de bajo peso al nacer, se incrementa en 1.6% la mortalidad materna.
- 4) El uso de anticonceptivos y planificación familiar para embarazos que se dan después de los 35 años.
- 5) Por cada 1% en el incremento de la escolaridad materna, disminuye el 1.1% la mortalidad.
- 6) En cuanto a la violencia contra la mujer ejercida por su pareja, se encontró que al incrementarse en 1% esto, se incrementa el 0.8% de la muerte materna (Koch *et al*: 2015: 12-20).

Los estudios que existen sobre violencia de las mujeres en México, destacan que el 10.6% de las mujeres que habían sufrido algún tipo de violencia tuvieron un aborto o parto prematuro (INEGI, s/f: 49).

No obstante, se han hecho estudios sobre la incidencia de la violencia en la mortalidad materna, en su mayoría cualitativos y de corto alcance ya que existe el problema de que las estadísticas que no reflejan la violencia, y para averiguarla los investigadores tienen que ir a las actas de defunción o a las autopsias verbales para verificar la causa de muerte. En un estudio realizado en cuatro estados de México (Referenciado por Chávez, 2010) a partir de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres, se obtuvo una muestra de 1,949 mujeres, las cuales durante el

embarazo solicitaron atención médica, de ellas 250 (13%) “informaron haber sufrido violencia durante alguno de sus embarazos, en donde el 91.4% de los casos el cónyuge era el agresor” (Chávez, 2010: 69). Este porcentaje es muy similar y consistente con el 10% de las mujeres que reporta el INEGI (s/f) de que la violencia les causó complicaciones en el embarazo.

También existe otra situación que no está documentada: que a las mujeres embarazadas sus parejas les prohíban trabajar, que ellas mismas no busquen un trabajo porque prefieran pasar su embarazo en el hogar o que las mujeres no encuentren trabajo no por su estado, sino porque no cuentan con las calificaciones necesarias para acceder a él

Valdez *et al* (2004) señala la importancia de investigar el vínculo entre violencia y salud reproductiva: “alta prevalencia de maltrato durante el embarazo, maternidad forzada- producto de una violación dentro y fuera del matrimonio, maltrato frecuente a embarazadas adolescentes, contagio de infecciones de transmisión sexual-; todo lo anterior tiene un impacto directo en el aumento de la morbilidad-mortalidad (Valdez, 2004: 57).

La concepción de que la salud debe de estar presente en “todas las políticas públicas” (Salgado y Guerra, 2014: 394), también se podría decir que “todas las capacidades deberían de estar en todas las políticas” o a la alternativa de hacer una política transversal. “La salud presente en todas las políticas” partiendo de este principio, lo lógico sería que la política de salud y sus programas tomaran los determinantes de la salud y ofrecieran capacidades para que cambiara la situación de las personas. Por esta razón, retomando las capacidades identificadas en el primer capítulo se analiza si la política de salud materna las identifica y ofrece una alternativa para otorgarlas.

Como se puede comparar en el cuadro anterior, la política de salud no cumple con otorgar a las mujeres capacidades necesarias para lograr un embarazo saludable y por lo tanto evitar o disminuir la mortalidad materna. Si la salud debe de estar relacionada a todas las políticas públicas, los programas de salud no contemplan que las mujeres tengan mejores niveles educativos, solamente contemplan enseñar educación sexual restringida, pero a mayores niveles educativos las mujeres pueden tener más ingresos y postergar su embarazo. Tampoco el que la mujer tenga un ingreso por sí misma y dinero disponible para que pueda atender su embarazo en donde ella

quiera, que sea libre de decidir. Así mismo, sobre la desnutrición y anemia, que son cosas muy relacionadas con la capacidad para decidir sobre los alimentos, la política solo toma en cuenta la información que le deben de dar a las madres. Otras cosas como, estado civil o edad del matrimonio, convendría tenerlo en cuenta como determinantes de la salud, por cuestiones que ya se habían planteado en la teoría: embarazos de riesgo en menores de edad u ocultamiento del mismo. El número de hijos, aunque es factor de riesgo, es una libertad y un derecho humano inalienable, pero convendría señalar en la política un aumento en el uso de anticonceptivos para todas las edades fértiles.

Sobre la perspectiva con sensibilidad cultural, respetuosa de las tradiciones, ha sido un acierto el reconocimiento de la misma en los programas de salud, porque esto ha hecho que, por ejemplo, grupos indígenas que antes no se acercaban a los centros de salud, por desconocimiento o miedo, ahora puedan utilizarlos. Así mismo la edad como factor de riesgo es también tomado en cuenta por la política. Las demás cosas que afectan la salud materna como la pobreza, acceso a los servicios hospitalarios, etc., están bien identificados como causa de la mortalidad materna.

Otras capacidades no son tomadas en cuenta para la política de salud, como lo son los servicios básicos para una vida digna: agua, drenaje, electricidad, condiciones del entorno como la democracia, etc., son cosas que en apariencia no tienen que ver con la salud, pero al contrario, afectan en la vida de las personas porque sin ellas la salud puede verse afectada. El no tener agua y drenaje, afecta en la sanidad y el contraer enfermedades, sobre todo de origen gastrointestinal, esto sin contar las dificultades de acarrear el líquido en cubetas a largas distancias y más estando embarazada.

## 4.6 Conclusiones

A lo largo de este capítulo, se mostró que existen una serie de capacidades que ayudaron a que las mujeres logren una mayor salud en general y materna en particular, dada la limitación de las fuentes estadísticas sólo se pudieron mostrar algunas; no obstante, todas son importantes y se recomienda que el modelo tenga las más posibles. Sobre qué capacidades el gobierno debe de elegir, la respuesta debería de ser todas.

Al mejorar la vida de una mujer se mejora la vida de sus hijos, de su hogar y de la sociedad en su conjunto. Una mujer sana es una mujer que se encarga de cuidar a las generaciones futuras y a las pasadas, y además contribuye económicamente en el país. Si se pierde como activo, se pierde no sólo la contribución que dejará de hacer, sino la pérdida impacta en muchos sentidos en los hijos, la familia, la comunidad y la economía. He ahí la importancia de la mortalidad materna.

Las políticas de salud materna que se han implementado a lo largo de los 25 años de los ODM. Muchas de ellas fueron prueba y error, pero destacan dos: Proyecto2000 (que implementó los partos verticales y respetuosos por la cultura y costumbres indígenas y gracias a esto fue posible que se disminuyeran en la región andina) y ParSalud (que construyó infraestructura hospitalaria y colocó personal en los lugares donde había más mortalidad materna en Perú), siendo estas dos cosas capacidades proporcionadas por la política pública. La primera la cultura y la segunda el acceso a servicios de salud cercanos a las personas. Si bien se bajaron los índices en estas regiones, el reto de la política de salud es que la mortalidad materna está siendo desplazada a los lugares urbanos, como la capital y que además, el problema de encontrar adecuaciones culturales para la selva es uno de los grandes retos.

De igual manera se trató de probar que la ausencia de capacidades incidía en no tener un embarazo sano, con algunas estadísticas disponibles. El problema fue que sólo se tenían pocos datos proporcionados por la encuesta ENDES y por esta misma razón se decidió usar los datos con más disponibilidad de casos y variables. Por este motivo, aunque no hay un análisis estadístico que explique el fenómeno de la disminución de la mortalidad materna, es mejor pensar en una política integral que las aplique todas, porque por ejemplo, aunque el acceso a agua y drenaje no haya sido significativo, el que una mujer embarazada no lo tenga implica no tener sanidad y además acarrear el líquido en cubetas, en estado de embarazo es peligroso. Por



distintas estadísticas mostradas, donde se comparan con la mortalidad materna, como educación, número de hospitales, uso de anticonceptivos, población económicamente activa de mujeres, agua y electricidad y PIB, etc., se puede ver que mientras estas aumentaban alrededor de los años, la mortalidad disminuía, por lo que podemos afirmar que existe una relación. Aunque con los datos proporcionados no podemos determinar cuánto es su relación, sin duda las capacidades influyen en disminuir la mortalidad materna.

Por último, gracias al análisis bibliográfico así como las entrevistas a profundidad, surgieron varios elementos que deben de tomarse en cuenta y que son problemas de la política de salud. El primero fue la externalidad de la misma cuando al tratar de hacer una política para control de la natalidad se abusó de la misma causando la esterilización de miles de mujeres durante la época de Fujimori. Debido a esto, las leyes peruanas han prohibido la donación de anticonceptivos a adolescentes si no es acompañados de sus padres. El problema es que el embarazo adolescente es un problema, que no ha llegado a mayores magnitudes pero que sus consecuencias son sociales para las mujeres al no estar preparadas para asumir económicamente la maternidad y truncar su futuro. Mientras que hay el embarazo adolescente, también está la postergación de la maternidad por las nuevas dinámicas sociales de la incorporación de la mujer a los estudios superiores y la fuerza laboral. Otra de las cuestiones importantes es el parto domiciliario que todavía se sigue practicando, en parte por ocultamiento del mismo pero incrementa la mortalidad. La política de Perú de institucionalizar el parto fue un acierto para acabar con este problema, aunque ahora la crítica es que “las mujeres sólo cambian de lugar de defunción”, sin embargo, aunque esto parece ser cierto, la mortalidad materna también ha bajado. Otro de los grandes problemas, además de la falta de anticonceptivos para adolescentes, es la cuestión de la restricción en el aborto. La sociedad peruana es también muy conservadora en este tema pero urge hacer reformas a la ley para ampliar las excepciones en las que una mujer puede abortar.

Perú logró bajar los índices de la mortalidad materna, porque atacó el problema donde las cifras estaban más altas y lo hizo otorgando capacidades culturales/interculturales para acercar a los más pobres (indígenas) a los servicios de salud e institucionalizar el parto al ampliar la capacidad, por esta misma razón tuvo que construir infraestructura en los lugares más alejados. El reto que Perú ahora enfrenta

son las personas que se quedan alejadas del desarrollo (por ejemplo las que se mueren en las capitales) o en los lugares más pobres como la Selva, que por cuestiones culturales no quieren acercarse a los servicios de salud. La recomendación está en seguir otorgando estas capacidades a las mujeres y apostarle a una serie de políticas que sigan aumentando educación, infraestructura, empleo, nutrición, etc., así como hacer trabajo de sensibilidad cultural y educación a hombres y mujeres para cambiar la percepción que tienen sobre la importancia de la pérdida de las mujeres en esos lugares. Perú también debe de tener una legislación más tolerante frente al aborto, pero sobre todo al uso de anticonceptivos en adolescentes.

Es así como, hay 3 retos que la política de salud materna en Perú tiene, los cuales son los siguientes:

- 1) Lograr que la salud materna esté en todas las políticas públicas, para esto se debe de enlazar a todos los ministerios con el de salud para que puedan colaborar en planes y programas donde el objetivo a alcanzar sea la salud materna. Ejemplo: el ministerio de salud y de educación. La educación escolar y sus programas de educación sexual y reproductiva puede dar a los jóvenes la información para prevenir embarazos no deseados; el sistema de salud debería de trabajar junto con educación en esta tarea, no sólo intervenir cuando se presente el primer embarazo o los consecutivos.
- 2) Encontrar mecanismos para incorporar a las mujeres a los partos institucionales en aquellas regiones donde todavía el parto en hospitales y clínicas es muy bajo, sobre todo en la región de la Selva, para ello se deberían de Realizar estrategias con sensibilidad cultural para incorporar a la población de las regiones con más mortalidad materna (en específico, la Selva). El ministerio de salud pudo incorporar los partos verticales en la región andina, respetando las costumbres locales. También se logró hacer todo un cambio y sensibilización cultural (por parte de los usuarios que aceptaron ir a las clínicas) y de los prestadores de servicios (que muchos tuvieron que aprender los idiomas locales). Se tienen que encontrar mecanismos para que las mujeres opten por el parto institucionalizado (podría adaptarse en las clínicas los partos en agua o construir los centros de salud cerca de los ríos). Este tiene que ser un trabajo previo con estudios antropológicos y sociales para encontrar una solución.

- 3) Reincorporar a los servicios de salud (o no dejar que salgan de él) a todas aquellas mujeres que, aunque viven en el desarrollo, están al margen de él y se encuentran excluidas. Tal es el caso de la nueva cara de la mortalidad materna que son mujeres “urbanas, pobres y adolescentes”. También de mujeres urbanas clase media y pobre que presentan este tipo de problemas. Para esto, se debe de realizar un trabajo conjunto con los demás ministerios (educación, juventud, deportes, mujeres etc.) para la prevención de embarazos adolescentes y alentar a que las jóvenes desarrollen planes y aspiraciones en la vida.
- 4) Cambiar las restricciones que tienen las mujeres peruanas para abortar. Ampliar los casos en que la mujer puede recurrir al aborto. Para ello se tiene que abrir la discusión para realizar un cambio de leyes en el congreso para que se permita a la mujer tener más opciones para recurrir al aborto, ya sea desde terapéutico, por violación, por pobreza y hasta a la libre demanda.
- 5) Cambiar las restricciones y leyes que existen sobre la donación y venta de anticonceptivos a menores de edad, para esto se tiene que dar acceso a la anticoncepción para los menores de edad. Cambiar las leyes en el congreso.
- 6) Construir encuestas que tengan la forma de medir todas las capacidades en sus preguntas. El gobierno debe de ampliar las encuestas (sobre todo la ENDES) con las capacidades identificadas para medir si en realidad se están otorgando a las mujeres
- 7) Incorporar la mayor cantidad posible de capacidades para otorgarlas a las mujeres, sus hogares y su entorno en general y así lograr una mejor salud materna. Dichos capacidades se convertirían en **Objetivos** de la política pública de la siguiente manera: elevar estas capacidades al rango de derechos garantizados por la constitución (algunas de ellas ya lo son) para después incorporarlas a los planes, programas y políticas de gobierno y salud con el fin de empoderar a las mujeres.

A continuación se enumeran cada una de las variables que deberían de ser tratadas como objetivos para la elaboración de las políticas públicas, de las cuales deberían de desprenderse indicadores:

**Tabla 16: Objetivos que debería de tener la política de Perú y cómo podría medirse**

<b>Capacidades</b>	<b>Objetivo de la política</b>	<b>Sugerencia de cómo medirla</b>
Ausencia de desnutrición:	Combatir la desnutrición en mujeres embarazadas.	Porcentaje de desnutrición en mujeres Número de casos de muerte por anemia durante el embarazo, parto o puerperio
Vacunas e inmunización	Lograr la cobertura en vacunas e inmunización universal	Porcentaje de mujeres inmunizadas y vacunadas.
Anticonceptivos	Incrementar el uso de anticonceptivos	Porcentaje de mujeres en edad fértil utilizando algún anticonceptivo.
Controles prenatales	Incrementar o tener un mínimo de número de controles prenatales	Número de controles prenatales
Parto humanizado y/o intercultural	Capacidad para decidir su parto (intercultural, humanizado, etc.) y que este sea respetuoso.	Número de partos humanizados o interculturales.
Detección de enfermedades y tratamientos por adicción	Detectar los posibles padecimientos de enfermedades cuando se está embarazada (diabetes, cáncer, etc.). Hacer campañas para evitar el consumo de tabaco, y alcohol, etc.	Número de pláticas o campañas sobre detección oportuna de cáncer y diabetes, así como la prevención del abuso en el consumo del tabaco y alcohol.

Captación y monitoreo de embarazos en menores de 18 y mayores de 35 años	Seguimiento a embarazos en menores de 18 y mayores de 35 años	Disminución de mortalidad materna en menores de 18 años y mayores de 35.
Calidad de atención recibida asociados a la salud materna (ausencia de violencia obstétrica, de negligencia, de tiempos de espera para atención, etc.)	Mejorar la percepción de la calidad de la atención recibida asociados a la mortalidad materna.	Porcentaje de usuarias del servicio de salud satisfechas.
Trabajo remunerado	Lograr las condiciones para que más mujeres puedan incorporarse a un empleo remunerado.	Número de mujeres que realizan trabajo remunerado Calidad del trabajo de las mujeres.
Propietaria de casa o tierras	Apoyo en obtención de títulos de propiedad, en testamentos, créditos para compra de casa o tierras.	Número de mujeres propietarias de casas o tierras
Microcréditos/ Microfinanzas	Otorgamiento de microcréditos o microfinanzas	Millones de soles destinados a microcréditos.
Nivel educativo/años de escolaridad	Incrementar el nivel educativo de las mujeres	Porcentaje de niñas que termina la educación básica. Años acumulados de educación de las mujeres
Ausencia de violencia (psicológica, económica, sexual)	Sensibilización social y cultural tanto a hombres y mujeres para lograr tener la capacidad de llevar una vida libre de violencia	Número de pláticas sobre violencia hacia la mujer.

Ingreso del hogar y recursos destinados a la salud	Aumentar el ingreso del hogar y recursos destinados a la salud.	Ingreso del hogar en Nuevos Soles Porcentaje del ingreso familiar destinado a la salud
Afiliación al seguro social	Lograr la afiliación universal al seguro social.	Número de afiliados a instituciones de salud
Decisión sobre los alimentos	Sensibilización social y cultural para educar a las mujeres sobre la capacidad de decidir sobre los alimentos.	Número de pláticas sobre el tema de la libertad de las mujeres para decidir sobre los alimentos.
Agua y drenaje	Lograr que todos los hogares cuenten con agua y drenaje	Porcentaje de hogares con agua y drenaje.
Electricidad	Lograr que todos los hogares cuenten con energía eléctrica.	Porcentaje de hogares con energía eléctrica.
Teléfono e internet	Ampliar la conexión teléfono y de internet en más hogares	Número de conexiones telefónicas y hogares con acceso a internet.
Ausencia de impedimento o restricción para que la mujer sea atendida	Sensibilizar social y culturalmente para que ninguna mujer sufra algún impedimento o restricción familiar para que la mujer sea atendida durante el embarazo	Número de pláticas sobre la importancia de la atención de los signos de alarma durante el embarazo.
Condiciones laborales adecuadas para embarazo y lactancia	Mejorar las condiciones laborales de las mujeres embarazadas.	Número de leyes que beneficien a mujeres en su etapa laboral sobre

		todo en embarazo y lactancia.
PIB, porcentaje de gasto en salud y seguridad social	Incrementar el gasto en salud y seguridad social.	Porcentaje de gasto en salud y seguridad social.
Ausencia de discriminación por origen racial o étnico	Lograr sensibilizar contra la discriminación por origen racial o étnico en los servicios de salud.	Número de usuarios pertenecientes a un determinado origen racial o étnico y su satisfacción con el servicio de salud recibido. Número de personal de salud hablante de lenguas indígenas Número de traductores disponibles en los servicios de salud
Acceso menor a dos horas de distancia a hospitales y centros de salud sin importar tamaño de localidad (urbano o rural)	Incrementar el acceso a infraestructura sanitaria. Dotar a las pequeñas localidades urbanas y rural de infraestructura y servicios	Número de clínicas y hospitales construidos en el último año. Número de localidades con menos de 5000 habitantes que cuenten con servicios médicos
Atención del parto por personal calificado (médicos, obstetras, parteras)	Incrementar la atención del parto por personal calificado.	Número de ginecobstetras /obstetras y partera por cada 1000 habitantes por región.

Tecnología disponible para tratar complicaciones en el embarazo, parto o puerperio	Dotar a clínicas y hospitales de tecnología disponible para tratar complicaciones en el embarazo.	Número de clínicas que cuentan con quirófano, banco de sangre y aparatos para realizar intervenciones quirúrgicas relacionadas con abortos.
Sistemas de referencia y coordinación entre los niveles de atención hospitalaria, disponibilidad de información, expediente clínico en red	Mejorar el sistema de referencia y coordinación entre los niveles de atención hospitalaria, disponibilidad de información, expediente clínico en red	Número de hospitales coordinados Número de pacientes con información clínica en red
Democracia, gobernanza y estado de derecho, libertad y participación política	Mantener la democracia, lograr una gobernanza y estado de derecho, incrementar la libertad y participación política de las mujeres.	Alternancia de gobierno, Índices de corrupción y número de mujeres ocupando un cargo de elección popular.
Acceso al aborto legal	Despenalizar del aborto.	Número abortos seguros y gratuitos por año.



## **Capítulo 5**

### **Conclusiones generales**

Muchas de las estrategias y políticas llevadas a cabo en Perú, que se realizaron con el fin de disminuir la mortalidad materna están relacionadas directa o indirectamente con otorgar capacidades. El problema es realmente cómo medirlas. No existen suficientes datos estadísticos a nivel detalle (individual y/u hogar) para probar cuáles fueron las capacidades que la política de salud de Perú otorgó a las mujeres y que hizo que disminuyera la mortalidad materna. Sin embargo, hay que resaltar dos hechos.

El primero, es que a través de los 25 años que duraron los ODM hubo un cambio a nivel nacional en las condiciones de vida de las mujeres, de sus hogares y del país en general. Hubo un incremento del nivel educativo (de la población total y en particular la femenina), un aumento de la fuerza laboral femenina y cuando esto sucede, existe una disminución de la fertilidad que se puede observar por el aumento el uso de anticonceptivos. Sobre las otras condiciones económicas, hubo un aumento del PIB, un mejoramiento en los niveles de vida de los hogares con electrificación o telefonía móvil (lo cual repercute en el aumento de las comunicaciones en caso de emergencias obstétricas, por ejemplo) y un largo etcétera como la entrada del país a la democracia. Todo lo anterior creó directa o indirectamente capacidades sociales, económicas y políticas.

El segundo, es que la disminución de la mortalidad materna en Perú se debe en gran medida y de manera particular a la implementación de políticas públicas de salud que incorporaron a población a sus sistemas sanitarios y a la ampliación de infraestructura y mejoramiento de la capacidad institucional (creación de hospitales y clínicas, aumento y distribución del personal capacitado en lugares donde eran necesarios) y en atraer al usuario (que antes por cuestiones culturales no se acercaba a los servicios de salud), dándole sobre todo, la libertad de elegir su forma de parto, con las adecuaciones culturales. Esto también responde a una capacidad otorgada y creada por el propio gobierno en una política pública.

Las entrevistas arrojaron dos resultados importantes. El primero fue la importancia de los programas para la disminución de la mortalidad materna: ParSalud que contribuyó al aumento y la creación de la capacidad institucional por parte del Estado y Proyecto 2000 que acercó y captó población para los servicios de salud al

institucionalizar el parto, mediante las adecuaciones culturales. Esto representa una capacidad porque da la libertad a las personas para elegir. Las entrevistas arrojaron también los principales retos que ahora enfrenta Perú. Entre muchos de los que hay, pero que no se mencionaron ni profundizaron en este artículo, se encuentran la legalización del aborto, el embarazo adolescente o el incremento de la mortalidad materna en regiones urbanas y con mayores ingresos, así como, la adecuación cultural de los partos en la región de la Selva. Se debe mejorar la recolección de estadísticas de la mortalidad materna y las encuestas para tratar de incorporar la mayor cantidad de capacidades descritas en el marco metodológico. Esto ayudará a las investigaciones posteriores para saber qué capacidades necesitan las mujeres antes, durante o después del parto para mejorar su salud. Sobre todo: la incorporación de esas capacidades para que sean otorgadas por la política pública en general y del empoderamiento de la mujer en particular para que sean agentes de su propio desarrollo. El marco metodológico de análisis, puede servir como una propuesta para la creación de una política integral y transversal que otorgue capacidades a las mujeres, sus hogares o el país e impacte en la salud materna.

Tanto gobiernos como especialistas en el tema, coinciden en que la mayoría de los casos de muerte materna son evitables y prevenibles si se les da una atención pronta y de calidad por personal capacitado. También la tesis hace énfasis en por qué es importante el estudio de la mortalidad materna y este se puede resumir en varios puntos:

- 1) La muerte materna no debería de suceder, es decir, todas pueden prevenirse con la tecnología existente.
- 2) Refleja los atrasos de un país en cuestión de salud: cuando no se resuelve una muerte materna, no se puede resolver otras complicaciones.
- 3) El país pierde mujeres jóvenes, en edades fértiles, con un potencial de contribución alto.
- 4) Acarrea problemas sociales que repercuten severamente en los miembros de la familia.
- 5) Entre los principales determinantes de la salud, muestra la inequidad de género porque es algo que sólo le puede pasar a una mujer.
- 6) Muestra que es un problema generado por falta de capacidades porque se da principalmente en mujeres pobres y con bajos estudios.

7) Se puede solucionar con políticas públicas enfocadas.

Las cifras de la mortalidad materna pudieran ser pequeñas comparadas con toda la población femenina del país y con otros padecimientos por las que las mujeres se mueren y que son causados por su propia fisiología (ejemplo: cáncer de mama o cervicouterino), sin embargo la importancia de la muerte materna es lo que nos dice sobre Perú y su sistema de salud y las consecuencias que existen por la pérdida de madres.

La segunda cuestión es que en realidad, como la teoría lo dice: cuestiones de ingreso (PIB) e infraestructura no garantizan ni son suficientes para acabar con la mortalidad materna, sino que las demás cuestiones (que en este caso serían todos los no observables) pueden tener incidencia en el problema (ahí podrían entrar las causas por las que una mujer muere y que son referentes a su estilo de vida, por ejemplo, la diabetes mellitus que tiene relación con la obesidad o la anemia en el caso de la desnutrición), así como la capacidad de las mujeres para tomar decisiones sobre su salud etc., u otra clase de infraestructura como la red de carreteras y las comunicaciones (mucho de lo cual está descrito en el estudio hecho por Dheeshana y Subadra (2011).

Un acierto de los programas y políticas de salud implementadas en Perú, fue la identificación de las fallas que existen en la atención de las mujeres embarazadas y tratar de implementar estrategias para ayudarlas, sobre todo a las que se encuentran en peligro. Entre estas iniciativas destaca por ejemplo las posadas para mujeres que vivan lejos de un hospital, la gratuidad en los servicios de atención como los seguros universales, el parto vertical y la interculturalidad, etc.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos y aciertos, se observó un estancamiento en las muertes maternas y un crecimiento en lugares donde no debería de suceder. Este es un problema de salud pública, sin contar que además es un problema de derechos humanos, de justicia social, de equidad y de calidad en los servicios, y a pesar de los esfuerzos no se ha avanzado como debería. De la misma manera, las evaluaciones que se han realizado sobre las posibles fallas y de las que identifican los propios programas, como mejorar la calidad de la atención o la relación de la pobreza con las muertes, hay otras evaluaciones que sugieren revisar otras cuestiones que pudieran ser la causa (como disminución de cesáreas o incentivos para chequeos médicos). Esto sugiere que el problema de las muertes maternas tiene muchas aristas,

también es multicausal y por lo tanto las posibles soluciones que se pudieran plantear van más allá de la intervención de la política pública en sólo la ampliación en la cobertura. Así mismo no existe en la política de salud, estrategias transversales que impacten o se enlacen en otras cuestiones que son importantes para solucionar el problema de la mortalidad materna.

Por datos estadísticos, se puede identificar que el problema abunda en general en países (y lugares dentro de esos países) donde se concentra más la pobreza, como en África y Asia o en Perú en los lugares rurales y/o con población indígena. Pero cabe destacar que esto también puede confirmar que el gasto en salud no repercute en la disminución de la mortalidad si no suceden dos factores: 1) se focaliza y 2) se resuelven otros problemas que excluyen a las mujeres del desarrollo (pobreza, falta de educación, etc.).

Esto sin contar que existe un problema de subregistro que hace que muchas estadísticas no sean completas, no solo en Perú, sino en el mundo.

Las muertes maternas en Perú presentan diferente distribución geográfica y diferentes causas, sin embargo se pueden agrupar en lo siguiente:

- 1) Problemas ligados a las propias complicaciones y condiciones del embarazo, parto, puerperio (hemorragias, preclamsia, aborto, etc.)
- 2) Problemas ligados a características sociodemográficas de las mismas mujeres (edad, pobreza, origen étnico, enfermedades preexistentes, estilos de vida).
- 3) Falta de infraestructura, personal o insumos hospitalarios (como sangre, equipo, etc.).
- 4) Accesibilidad a los servicios de salud, de entre los cuales se encuentran: distancia y costos (que los más pobres no pueden pagar).
- 5) Negligencia, tanto de la atención médica como de la propia mujer al no querer buscar o recibir atención, lo que puede deberse a experiencias previas de abuso y maltrato físico o a falta de recursos para costearse dicha atención.
- 6) Otras causas muy diferentes que van desde la falta de redes sociales de ayuda, la barrera cultural, las intervenciones médicas innecesarias, etc.

Las muertes maternas responden a una falta de capacidades, las cuales deben de analizarse en la política pública, si esta las identifica y propone cómo otorgarlas para solucionar este problema

La evidencia empírica presentada, sería más completa si se detallara más información en las bases de datos disponibles. Aun así, existen determinantes de la mortalidad materna que influyen en la salud de las mujeres, así como la falta de capacidades lo cual las sigue haciendo vulnerables. Quedarse sólo en las causas clínicas es un análisis parcial del fenómeno. Este problema necesita ser visto y analizado desde distintos enfoques, lo cual todavía para las políticas públicas está lejos de suceder: sería importante incluir la salud en todas las políticas públicas y en específico la materna en la conciencia de toda la sociedad.

Perú ha sido uno de los países que a pesar de su nivel socioeconómico y una baja inversión en políticas de salud, ha logrado disminuir su mortalidad materna a través de los años. Algunos de los problemas no se han resuelto, entre los que destacan que la mayor parte de la población que sufre de la mortalidad materna son los grupos indígenas y rurales.

La disminución de la mortalidad materna ha sido posible gracias a una serie de iniciativas que van desde las políticas públicas hasta los reclamos de la sociedad civil o una activa participación de esta, hasta iniciativas en parte novedosas. Perú no se esperó a volverse una nación rica para implementar los cambios en la salud, a través de su política pública, como de una serie de acciones que venían de fuera de la política pública (la sociedad civil), se realizaron cambios y gradualmente se logró la disminución de la mortalidad materna.

El avance económico que Perú ha tenido se ha dado a la par de las mejoras en su sistema de salud, pero a la vez en otras cosas que tienen impacto como educación, alimentación, etc. Esto puede indicarnos, como se vio anteriormente en la teoría, que el desarrollo repercute y viceversa: los cambios en la situación de la población y el desarrollo son vasos comunicantes.

Al analizar la política de salud materna en el Perú, destaca que hubo muchos programas, que en su mayoría fracasaron, pero hubo dos que, señala la evidencia, pudieron bajar los índices de mortalidad materna: el Proyecto 2000 y Par Salud. Estos se enfocaron en las regiones más pobres del Perú (las cuales en su mayoría son habitadas por campesinos e indígenas). El primero le dio la capacidad a la mujer de elegir su parto de acuerdo a sus tradiciones, lo cual significó empoderarla, el segundo se amplió la capacidad institucional (la oferta de servicios) para la atención como las clínicas, hospitales y casas de espera. Aunque existen detractores, como que la

atención que da el Estado es deficiente, como que la mujer no tiene la capacidad para decidir por ella misma, se otorgó las capacidades a las mujeres, poniéndoles esos servicios para que su embarazo y parto se llevara a cabo y terminara con éxito. No obstante, hay mujeres muy pobres que de todas formas aunque haya los servicios no pueden llegar a los servicios de salud o no quieren, tal es el caso de la región de la Selva Amazónica, la cual ha resultado ser un reto para la política del Perú. Otro de los retos es que aunque se disminuyó la mortalidad materna en la zona pobre, rural e indígena (la región Andina); la muerte materna en Perú ahora está localizada en la capital, el lugar donde hay infraestructura y servicios, pero de nuevo se cuestiona la capacidad institucional, porque existe sobresaturación y de nuevo una deficiente atención que tiene que ver más que nada con la actuación del personal médico. La política pública no se mete en la construcción del currículum médico en la universidad, pero puede lograr que el personal sea más consciente al desempeñar su trabajo. También la corrección de esa falla se ha logrado un poco con la contratación de obstetras, sin embargo, las relaciones de poder y de jerarquía son muy fuertes, así como los gremios y esto es difícil de erradicar. Así mismo, existe una constante y una clara preocupación de la política pública por el embarazo adolescente, el cual se deriva de muchas causas, pero lo atribuyen principalmente a la falta de prevención y la prohibición para el acceso a anticonceptivos. Este también es otro de los retos de la política pública en el Perú.

La Política Pública de Salud materna en el Perú demostró que primero no se necesitaba gran inversión, por una parte sí para la construcción de infraestructura (clínicas y equipo), sin embargo esa fue otorgada por organismos internacionales y gracias a los controles de corrupción se invirtió en donde se debía, pero las adecuaciones culturales del parto no necesitaron de inversión, sólo la creatividad y empeño para creación de la demanda de esos servicios (darle la confianza a la gente para que acudiera a las clínicas, hablar en idiomas indígenas, etc.). Sobre el tema de los anticonceptivos, hay un problema de fondo que es cultural y de conservadurismo debido a malas experiencias históricas. El tema de la mortalidad materna en Perú fue posible que disminuyera debido a que se mantuvo por mucho tiempo en la agenda pública y que además fue un despliegue de conciencia de la población y de suma de voluntades políticas de varios actores para llevarse a cabo. Esta suma de voluntades donde intervinieron el gobierno, la sociedad civil, la academia, puede traducirse en

gobernanza. El reto es que cuando el tema desaparezca de la agenda, porque hay otras cuestiones de salud que resolver, así como que ya no sea de interés para la población va a desaparecer y tal vez los índices se mantendrán o aumentarán en los lugares donde anteriormente se había logrado disminuir.

Por esta razón es importante tomar en cuenta lo siguiente:

- 1) Que todas las políticas de Perú contemplen a la salud, por lo cual se tiene que trabajar con todos los ministerios del gobierno.
- 2) Institucionalizar los partos en la Selva a través de estrategias culturalmente aceptables, realizadas a través de investigación previa, que puedan captar a dicha población.
- 3) Reincorporar a los servicios de salud a las personas excluidas de los centros urbanos, trabajar con otros ministerios que se enfocan en mujeres y adolescentes.
- 4) Incorporar todas las capacidades (variables) que se estudiaron en la tesis y elevarlas a rango constitucional. Para cada una se incluyó un indicador para alcanzar metas cuantificables.
- 5) Cambiar las restricciones del aborto abriendo la discusión en el Congreso y cambiando la ley.
- 6) Cambiar las restricciones que existen para que los adolescentes accedan por sí mismo a métodos anticonceptivos, abriendo la discusión en el congreso y cambiando la ley.
- 7) Ampliar las encuestas nacionales incorporando preguntas que midan las variables de capacidades.

## Anexo 1

### Guía de las entrevistas

**Aplicada a:** “Pinedo Bentos de Colonna, Victoria Alejandrina. Ex directora ejecutiva de comunicaciones, Ministerio de Salud”:

1. ¿En qué consiste una autopsia verbal?
2. ¿En qué casos se realiza?
3. ¿Cómo se contacta a los familiares?
4. ¿Qué ventajas tienen las autopsias verbales?
5. ¿Por qué es necesaria hacerla desde el punto de las políticas públicas de salud?
6. ¿Cuál fue tu experiencia en el caso de la realización de las autopsias verbales en regiones menos favorecidas del Perú?
7. ¿Cuáles fueron los casos que más te impactaron?
8. Después de la realización de distintas autopsias verbales, ¿cuáles crees que sean las causas de la mortalidad materna en Perú?
9. ¿Crees que las políticas de salud realmente inciden para la prevención de la mortalidad materna ante estos casos importantes?
10. ¿Cómo ayuda a las mujeres las políticas públicas de salud?
11. ¿Qué faltaría en el diseño de las políticas públicas para evitar la mortalidad materna?
12. ¿Cómo deberían diseñarse las políticas públicas ante casos como estos?

**Aplicada a:** “Choque Larrauri, Raúl. Ex consultor para el Ministerio de Salud y ex director regional de promoción y desarrollo de Huancavelica (interculturalidad del Proyecto2000)”.

1. ¿En qué consistía el programa de reducción de la mortalidad con enfoque intercultural en el que usted fungió como funcionario?
2. ¿A qué respondió la iniciativa?
3. ¿Cómo fue la implementación del programa?
4. ¿Cuál fue el rol de cada uno de los actores? ¿comunidad? ¿médicos? ¿funcionarios públicos?



5. ¿Cuáles fueron los principales logros del programa?
6. ¿Cuáles fueron los principales obstáculos a los que se enfrentó el programa?
7. ¿Cómo fue la aceptación del mismo por parte del personal de salud?
8. ¿En qué medida disminuyó la mortalidad materna en algunos lugares?
9. ¿Puede aplicarse en otros contextos que no sean el indígena y el campesino?
10. ¿Existió algún tipo de evaluación para ver el impacto y el desempeño del programa?
11. ¿Se necesitaron recursos extras?
12. ¿A la par este programa se enlazó con otros programas/proyectos de educación, infraestructura, desarrollo para las comunidades?
13. ¿El programa tenía algún enfoque de género y de mejorar las capacidades empoderamiento de las mujeres?
14. ¿Cuáles fueron sus áreas por mejorar?
15. En su opinión, ¿cómo cree que deba de ser la elaborada una política de salud materna en el Perú para que disminuya la mortalidad?
16. ¿Tiene algún documento o informe que pudiera darme para su consulta y elaboración de esta investigación?

**Aplicado a:** “Masumura Tanaka, Víctor Fernando. Ex coordinador de la Administración Financiera del programa ParSalud, Ministerio de Salud de Perú” y “Vigo Valdez, Walter. Ex Coordinador General del Programa Par Salud”.

1. ¿En qué consistía el programa ParSalud?
2. ¿Con qué finalidad se estableció?
3. ¿Quiénes fueron los principales actores?
4. ¿Cómo mejoró la salud materna en Perú?
5. ¿Cuál fue la población objetivo?
6. ¿En qué regiones del país se enfocaron?
7. ¿El programa tenía algún enfoque de género o en el que se empoderara a la mujer?
8. ¿El programa, propiciaba el desarrollo de las mujeres en otros aspectos como los de educación, económicos, etc.?
9. ¿Cuáles fueron los retos a los que se enfrentaron?
10. ¿Cuáles fueron los éxitos?

11. En su opinión, ¿Cómo debería de ser la política de salud en el Perú para que se disminuya la mortalidad materna?
12. ¿Cuáles son los retos que ahora enfrenta Perú en el tema de la mortalidad materna?

Preguntas sólo para Walter Vigo

13. Primero su opinión como médico, ¿por qué es importante la infraestructura si tal vez haya otros problemas de fondo que no los puede arreglar la infraestructura simple?
14. ¿Cómo médico y funcionario público por qué es importante la intervención gubernamental?

**Aplicada a:** “Del Carpio Ancaya, Lucy Virginia (2016). Médico, investigadora y catedrática de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Coordinadora Nacional de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud de Perú” y “Tavera Salazar, Mario (2016). Médico, asesor del Viceministro de Salud Pública del Ministerio de Salud de Perú, ex especialista en salud UNICEF Perú”.

15. ¿Cuál ha sido la estrategia del gobierno de Perú para disminuir la mortalidad materna?
16. En su opinión, ¿la baja en los índices de la mortalidad materna se debió solo a la intervención política o hubo otros factores que la propiciaron?
17. ¿Los programas implementados por el gobierno para disminuir la mortalidad materna también tenían algún otro componente como educación, trabajo, acceso al agua potable y otras cosas para mejorar las capacidades de las mujeres?
18. ¿Cuáles han sido los principales retos a los que se ha enfrentado la política de salud materna?
19. ¿En su opinión, cómo debería de ser diseñada e implementada la política de salud materna para solucionar los problemas que ahora tiene Perú?

**Aplicada a:** “Olea Mauleón, Cecilia. Presidenta del Directorio del Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán” y “Chávez Alvarado, Susana. Directora del Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos”.

1. ¿Por qué es necesario que se legalice el aborto en Perú? (como yo no sé si ya está tipificado en el código penal, en qué casos específicos se requiere)
2. ¿Cuáles son los beneficios que traería a las mujeres?
3. Específicamente y relacionado con la salud materna, ¿por qué es importante que el aborto se abra a la libre demanda en Perú?
4. ¿Qué acciones han tomado los grupos pro aborto para establecer la agenda pública?
5. ¿Cuáles son los retos a los que se enfrenta legalizar el aborto en Perú? (económicos y de infraestructura, políticos, sociales).
6. ¿De qué manera se empodera a la mujer otorgándole el derecho al aborto?
7. ¿Cómo ha sido la política de salud materna del Perú?
8. ¿Cuáles son los retos que enfrenta?
9. En su opinión, ¿cómo debería de diseñarse la política de salud materna para que se disminuya más muertes?
10. Le agradecería si pudiera darme algunos documentos de las investigaciones del centro, sobre salud materna.

**Aplicada a:** Tantaleán del Águila, Martín (2016). Médico, presidente del Centro de Promoción Familiar y Reconocimiento Natural de la Fertilidad.

En contra del aborto (explícale que es exactamente la encuesta que le hiciste a la de favor del aborto pero que quieres tener las dos versiones)

1. ¿Por qué es necesario que no se legalice el aborto en Perú? (como yo no sé si ya está tipificado en el código penal, en qué casos específicos se requiere)
2. ¿Cuáles son los beneficios que traería a las mujeres? (que no se legalice).
3. Específicamente sobre la salud materna, ¿por qué es importante que el aborto no se abra a la libre demanda en Perú?
4. ¿Qué acciones han tomado los grupos anti aborto para establecer la agenda pública?

5. ¿Cuáles son los retos a los que se enfrenta seguir prohibiendo el aborto en Perú? (económicos y de infraestructura, políticos, sociales)
6. ¿De qué manera se empodera a la mujer sin otorgarle aborto?
7. ¿Qué fue lo que hizo que se disminuyera la mortalidad materna en el Perú?
8. ¿Cuáles son los retos que ahora enfrenta Perú sobre el problema de la mortalidad materna?
9. Le agradecería que me pudiera dar algunos documentos de sus investigaciones sobre el tema.

## Bibliografía

Almeyda, Sandra y Terán, Xóchitl (2009). *Mortalidad materna y escasez de sangre: una violación a los derechos humanos*. Dentro del libro Freyermuth, Graciela y Siesa, Paola coord. (2009). *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*. México: CIESAS.

Alonso, Cristina y Gerard, Tania (2009). *El parto humanizado como herramienta para la prevención de la mortalidad materna y la mejora de la salud materno-infantil*. Dentro del libro Freyermuth, Graciela y Siesa, Paola. Coord. (2009). *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*. México: CIESAS.

Arana, Marcos y Guerrero, Carolina (2009). *Reflexiones sobre recursos tradicionales y legales para evitar la primera demora en la búsqueda de atención en las emergencias obstétricas*. Dentro del libro Freyermuth, Graciela y Siesa, Paola coord. (2009). *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*. México: CIESAS.

Aragón Trelles, Jorge y Guibert Patiño, Yamilé (2016). *Metodología y diseños de investigación en Política Comparada*. Escuela de Gobierno y Políticas Públicas. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.

Arranque Parejo en la Vida y Population Council (2009). *Atención del parto por personal calificado*. Dentro del libro Freyermuth, Graciela y Siesa, Paola coord. (2009). *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*. México: CIESAS.

Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (2011). *Pautas para la elaboración de Estudios de Caso*. BID: Vicepresidencia de sectores y conocimiento. Disponible en: <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/6434/Pautas%20para%20la%20elaboraci%C3%B3n%20de%20Estudios%20de%20Caso.pdf?sequence=1>

(Recuperado el 24 de octubre de 2018).

Banco Mundial (2017). *Maternal mortality ratio (modeled estimate, per 100,000 live births)*. Disponible en: [http://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT?order=wbapi\\_data\\_value\\_2010+wbapi\\_data\\_value+wbapi\\_data\\_value-first&sort=asc](http://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT?order=wbapi_data_value_2010+wbapi_data_value+wbapi_data_value-first&sort=asc). (Recuperado en abril de 2017)

Banco Mundial (2018). *World Bank Country and Lendign Groups, Country Classification*. Disponible en:

<https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups> (Recuperado el 28 de junio de 2018).

Banco Mundial (2018a). Perú: Hogares encabezados por mujeres (% de hogares con jefa de hogar). Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.HOU.FEMA.ZS?locations=PE> (Recuperado el 28 de julio de 2018).

Bardach, Eugene (1989). Los ocho pasos para el análisis de políticas públicas, un manual para la práctica. México: CIDE- Porrúa.

Bretin, Hélène (2016). Investigadora del Institut de la Recherche Interdisciplinaire sur les enjeux sociaux, sciences sociales, politique, santé. Comunicación personal. Febrero 24 de 2016, París.

Bulcuf, Pablo y Cardozo, Nelson D. (2008). ¿Por qué comprar políticas públicas? Boletín de Política Comparada: Argentina. Disponible en: [www.politicacomparada.com.ar](http://www.politicacomparada.com.ar) (Recuperado el 15 de marzo de 2016).

Carbajal, L. (2015). *Costo en salud del programa presupuestal de salud materno neonatal para reducir la tasa de mortalidad materna y neonatal en el Perú, 2009-2014*. Value in Health: The journal of The International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research. Lawrenceville: ISPOR.

Cartwright, Nancy y Hardie, Jeremy (2012). *Evidence-based policy, a practical guide to doing it better*. New York: Oxford University Press (Kindle ed.).

Chávez Álvarez, Rocío Elizabeth; Arcaya Moncada, María Josefa; García Arias, Gladys; Surca Rojas, Teresa Catalina; Infante Contreras, María Virginia (2007). *Rescatando el autocuidado de la salud durante el embarazo, el parto y al recién nacido: representaciones sociales de mujeres de una comunidad nativa en Perú*. Texto and Contexto Enfermagem. Florianópolis: Universidad Federal de Santa Catarina.

Chávez Alvarado, Susana (2017). Directora del Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Abril 7 de 2017. Lima Entrevista.

Chávez Courtois, Mayra; Sánchez Miranda, Georgina; Romero López, Eva; Torres Cosme, José Luis; González Pacheco, Itzel (2010). *Propuesta metodológica para el estudio de la muerte materna desde la perspectiva antropológica y social*. Perinatología y Reproducción Humana. México: Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

Choque Larrauri, Raúl (2016). Ex consultor para el Ministerio de Salud y ex director regional de promoción y desarrollo de Huancavelica (interculturalidad del Proyecto2000). Comunicación personal. Abril 6 de 2016, Lima. Entrevista

CONEVAL (2012). *Evaluación Estratégica sobre Mortalidad Materna en México 2010: características sociodemográficas que obstaculizan a las mujeres embarazadas su acceso efectivo a instituciones de salud*. México: CONEVAL.

Conde-Agudelo, A; Belizán, JM. *Maternal morbidity and mortality associated with interpregnancy intervals: cross sectional study*. Revista Panamericana de Salud Pública. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Curioso, Walter; Roman, Hans, Pérez-Lu, José; Castagnetto, Jesús M.; García, Patricia (2010). *Mejorando los sistemas de información en salud materna: validación de historias clínicas electrónicas en el Callao, Perú*. Lima: Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. Instituto Nacional de Salud.

Deaton, Angus (2013). *The great escape: health, wealth and the origins of inequality*. Princeton: Princeton University Press.

De la Madrid, Ricardo Raphael. (2012). *Reporte sobre la discriminación en México 2012 Trabajo*. México: CONAPRED.

Del Carpio Ancaya, Lucy (2013). *Situación de la mortalidad materna en el Perú, 2000-2012*. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. Lima Instituto Nacional de Salud.

Del Carpio Ancaya, Lucy Virginia (2016). Médico, investigadora y catedrática de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Coordinadora Nacional de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud de Perú. Comunicación personal. Abril 6 de 2016, Lima. Entrevista.

Delfinier, Miguel; Pailhé, Cristina y Perón, Silvana (2006). Microfinanzas: un análisis de experiencias y alternativas de regulación. Vol. 4. Lima: Revista de Temas Financieros. Disponible en:

[http://www.sbs.gob.pe/Portals/0/jer/EDIPUB\\_VOLUMEN4/63-118.pdf](http://www.sbs.gob.pe/Portals/0/jer/EDIPUB_VOLUMEN4/63-118.pdf) (Recuperado el 30 de junio de 2018).

Dheeshana Jayasundara y Subadra Panchanadeswaran (2011). *Maternal mortality in developing countries: applicability of Amartya Sen's theoretical perspectives*. London: Journal of Comparative Social Welfare.

Durán Arenas, Luis (2012). *Modelo institucional de la atención a la salud en México*. Dentro del libro: Cordera, Rolando y Murayama, Ciro (2012). "Los

Determinantes Sociales de la Salud en México”. México: Fondo de Cultura Económica, Universidad Nacional Autónoma de México

Escobar, Arturo. (2007). *La invención del tercer mundo: construcción y deconstrucción del desarrollo*. Caracas: Fundación editorial el perro y la rana.

Escuriet, Ramón; Pueyo, María; Biescas, Herminia; Espiga, Isabel; Colls, Cristina; Sanders, Marianne; Kinnear, Ann; Roberts, Marie; Gomes, Sylvie; Fusté, Josep y Ortún, Vicente (2014). *La atención al parto en diferentes países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)*. Matronas profesión. Barcelona: Ediciones Mayo.

Eslava Schmalbach, Juan (2010). *Inequidades sociales en la salud materna*. Bogotá: Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.

Estrada Pérez de Martos, Marina Violeta y Godoy Serpa da Fonseca, Rosa María (1996a). *Género y Políticas de Salud de la Mujer en América Latina: caso Perú (Parte I)*. Revista da Escola de Enfermagem da USP. Sao Paulo: Journal of Sao Paulo University School of Nursing.

Estrada Pérez de Martos, Marina Violeta y Godoy Serpa da Fonseca, Rosa María (1996b). *Género y Políticas de Salud de la Mujer en América Latina: caso Perú (Parte II)*. Revista da Escola de Enfermagem da USP. Sao Paulo: Journal of Sao Paulo University School of Nursing.

Expansión (2018). Perú: Esperanza de vida al nacer. Datos Macro, Lima. Disponible en: <https://www.datosmacro.com/demografia/esperanza-vida/peru> (Recuperado el 1 de junio de 2018)

Expansión (2018a). Perú: Tasa de alfabetización. <https://datosmacro.expansion.com/demografia/tasa-alfabetizacion/peru> (Recuperado el 1 de junio de 2018).

Freyermuth, Graciela y Siesa, Paola coord. (2009). *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*. México: CIESAS.

Freyermuth, Graciela y Luna, Marisol (2014). *Muerte materna y muertes evitables en exceso. Propuesta metodológica para evaluar la política pública en salud*. Realidad, datos y espacio, Revista internacional de estadística y geografía. México: Instituto Nacional de Geografía e Informática.

Gabrysch, Sabine; Lema, Claudia; Bedriñana, Eduardo; Bautista, Marco; Malca, Rosa; Campbell, Oona MR; Miranda, J. Jaime. *Cultural adaptation of birthing services in rural Ayacucho, Perú*. Ginebra: Bulletin of the World Health Organization.



García Cavazos, Ricardo; Martínez Peñafiel, Liliana; Reyes Zapata, María Hilda; Von Schemeling Gan, Gustavo Adolfo (2014). *Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal 2013-2018*. México: Secretaría de Salud.

Geddes, Barbara (2003). *Paradigms and sand castles: theory building and research design in comparative politics*. Ann Arbor: The University of Michigan Press.

Guerra Gutiérrez, Cecilia; Muñoz Paredes, Paola Andrea; Ospino Muñoz, Amanda Michelle; Varela Púa, Alcina N; Vega Hernández, Laura (2014). *Morbilidad y mortalidad materna en una institución de salud en el año 2012*. Salud Uninorte. Barranquilla: Universidad del Norte.

Gil González, Diana; Carrasco Portiño, Mercedes y Ruiz, María Teresa (2006). *Knowledge gaps in scientific literature on maternal mortality: a systematic review*. Public Health Reviews, Bulletin of the World Health Organization. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2627556/> (recuperado en octubre de 2015)

Gobierno de Perú (2012). *Protocolo de vigilancia epidemiológica Parte I: Mortalidad Materna. Características clínicas y epidemiológicas*. Oficina General de Epidemiología del Ministerio de salud: Lima. Disponible en: [http://www.dge.gob.pe/buho/buho\\_mmaterna.pdf](http://www.dge.gob.pe/buho/buho_mmaterna.pdf)

Gobierno de Perú (2013). Decreto Supremo que aprueba el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes y constituye la Comisión Multisectorial Permanente encargada del seguimiento, monitoreo y evaluación del Plan Nacional. Ministerio de salud, Lima. Disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2014/adolescentes/\\_cont.asp?pg=2](http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2014/adolescentes/_cont.asp?pg=2)

Gobierno de Perú (2018). *Subsidio por maternidad- EsSalud*. Disponible en: <https://www.gob.pe/291-subsidio-por-maternidad-essalud> (recuperado en junio de 2018).

Godínez, Víctor y Burns, Robert. *Desarrollo regional y salud*. Dentro del libro: Cordera, Rolando y Murayama, Ciro (2012). "Los Determinantes Sociales de la Salud en México". México: Fondo de Cultura Económica, Universidad Nacional Autónoma de México

González, Rogelio (2014). *Chile, un buen lugar donde nacer: morbilidad materna e infantil a nivel global y nacional*. Revista Médica Clínica Las Condes. Santiago: Las Condes

Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) (2013). *Omisión e Indiferencia. Derechos Reproductivos en México*. Disponible en: <http://informe.gire.org.mx/index.html>

Hernández Ávila, Juan Eugenio y Palacio Mejía, Lina Sofía. *Transición epidemiológica y el perfil de la salud*. Dentro del libro: Cordera, Rolando y Murayama, Ciro (2012). "Los Determinantes Sociales de la Salud en México". México: Fondo de Cultura Económica, Universidad Nacional Autónoma de México.

Huanco, Diana; Ticona, Manuel; Ticona, Maricarmen; Huaco, Flor (2012). *Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud de Perú, año 2008*. Santiago: Revista chilena de obstetricia y ginecología.

Huynen, Maud; Vollebregt, Laura; Benavides, Bruno (2005). *The epidemic transition in Perú*. Revista Panamericana de Salud Pública. Washington : Organización Panamericana de la Salud.

Iguñiz-Romero, Ruth; Palomino, Nancy (2012). *Data do count! Collection and use of maternal mortality data in Perú, 1990-2005, and improvements since 2005*. London: Reproductive Health Matters.

Index Mundi (2018). Tasa de Mortalidad Materna en el Mundo. Disponible en: <https://www.indexmundi.com/map/?v=2223&l=es> (recuperado el 1 de junio de 2018)

INEGI (s/f). *Mujeres violentadas por su pareja en México*. México: INEGI.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (S/F). Estado de la población peruana 2015. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1251/Libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1251/Libro.pdf) (Recuperado el 28 de junio de 2018)

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (S/Fa). Compendio estadístico Perú 2014: 6 Salud. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1173/cap06/cap06.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1173/cap06/cap06.pdf) (Recuperado el 28 de julio de 2018).

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2014). Perú, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES, Nacional y Departamental 2013. Lima: INEI. Disponible en: [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4\\_uibd.nsf/C1C9CC0F9F256F1B05257D27005F7C7E/\\$FILE/Encuesta\\_Demog\\_salud\\_familiar\\_ENDES.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/C1C9CC0F9F256F1B05257D27005F7C7E/$FILE/Encuesta_Demog_salud_familiar_ENDES.pdf)

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2015). *Cifras de pobreza, Nota de prensa No.057-23*. Lima. INEI. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/cifras-de-pobreza/>

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2016). Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2015, nacional y departamental. Lima: INEI. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1356/](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1356/) (Recuperado el 30 de julio de 2018)

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2018). Perú en cifras. Perú, principales indicadores. Lima: INEI. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/>

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2018a). Series nacionales. Disponible en: <http://webapp.inei.gob.pe:8080/sirtod-series/> (Recuperado el 30 de julio de 2018)

Jamison, Dean; Jha Prabhat y Bloom, David (2008). *Diseases*. Copenhagen Concensus Center: Copenhaguen. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/9a01/0dee961471113814b7739069b226add9ecb0.pdf>

(Recuperado en agosto de 2018)

Karam Calderón, Miguel Ángel; Bustamante Montes, Patricia; Campuzano González, Martha y Camarena Pliego, Ángela (2007). *Aspectos sociales de la mortalidad materna. Estudio de caso en el Estado de México*. Medicina Social. Departamento de Medicina Familiar y Social del Centro Médico Montefiore, Escuela de Medicina Albert Einstein (New York) y la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES). Disponible en: [www.medicinasocial.info](http://www.medicinasocial.info)

Karolinski, Ariel; Mercer, Raúl; Micone, Paula; Ocampo, Celina; Salgado, Pablo; Szulik, Dalia; Swarcz, Lucila; Corte, Vicente; Fernández del Moral, Belén; Pianesi, Jorge; Balladelli, Pier Paolo (2015). *Modelo para abordar integralmente la mortalidad materna y la morbilidad materna grave*. Revista Panamericana de Salud Pública. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Kickbusch, Iona (2003). *The contribution of the World Health Organization to a New Public Health and Health Promotion*. American Journal Public Health. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447748/> (Recuperado en octubre de 2015).

King, Elizabeth; Klasen, Stephan y Porter, Maria (2008). *Women and Development*. Copenhagen Consensus Center. Disponible en: <http://www.copenhagenconsensus.com/The%2010%20challenges/Women%20and%20Development.aspx>

KELA (2015). *Maternity Package*. Disponible en: <http://www.kela.fi/web/en/maternitypackage>

Koch, Elard; Chireau, Monirque; Pliego, Fernando; Stanford, Joseph; Haddad, Sebastian; Calhoun, Byron; Aracena, Paula; Bravo, Miguel, Gatica, Sebastián y Thorp, John (2015). *Abortion legislation, maternal healthcare, fertility, female literacy, sanitation, violence against women and maternal deaths: a natural experiment in 32 Mexican states*. London: BMJ Open Medical Journal.

Kuruville, Shyama; Schweitzer, Julian; Bishai, David ; Chowdhury, Sadia; Caramani, Daniele; Frost, Laura; Cortez, Rafael; Daelmans, Bernadette; de Francisco, Andres; Adam, Taghreed; Cohen, Robert; Alfonso, Natalia; Franz-Vasdeki, Jennifer; Saadat, Seemeen; Pratt, Beth Anne; Eugster, Beatrice; Bandali, Sarah; Venkatachalam, Pritha; Hinton, Rachael; Murray, John; Arscott-Mills, Sharon; Axelson, Henrik; Maliqi, Blerta; Sarker, Intissar; Lakshminarayanan, Rama; Jacobs, Troy; Jacks, Susan; Mason, Elizabeth; Ghaffar, Abdul; Mays, Nicholas; Preserna, Carole; Flavia Bustreo (2014). *Success factors for reducing maternal and child mortality*. Bulletin of the World Health Organization. Ginebra: World Health Organization.

La Parra Casado, Daniel. (2002). *El impacto de la exclusión en la salud: una forma de violencia estructural*. Alternativas, cuadernos de trabajo social. San Vicente de Raispeg: Universidad de Alicante.

Lomelí Venegas, Leonardo; Flores Ángeles, Camilo y Granados Casas, Vanessa (2012). *Niveles de vida, desigualdad y pobreza*. Dentro del libro Cordera, Rolando y Murayama, Ciro (2012). "Los Determinantes Sociales de la Salud en México". México: Fondo de Cultura Económica, Universidad Nacional Autónoma de México.

Lucio Figueroa, Ana Leslie. (2011). *Mortalidad Materna* (Tesis de maestría en ginecología y obstetricia). Colima: Universidad de Colima. [http://digeset.uco.mx/tesis\\_posgrado/Pdf/ANA\\_LESLIE\\_LUCIO\\_FIGUEROA.pdf](http://digeset.uco.mx/tesis_posgrado/Pdf/ANA_LESLIE_LUCIO_FIGUEROA.pdf)

Luque Fernández, Miguel Ángel y Bauernfeind Ariane (2007). *Prevención de la mortalidad materna. Un ejemplo de intervención comunitaria en salud en el Congo*. Index de Enfermería. Granada: Fundación Index.

Maguiña Guzmán, Mirtha y Miranda Monzón, Jorge (2013). *La mortalidad materna en Perú, 2002-2011*. Lima: Ministerio de salud. Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Mortalidad-Materna-Peru.pdf>

Malajovich, Laura; Alcalde, María Antonieta; Castagnaro, Kelly; Barroso, Carmen (2012). *Budget transparency on maternal health spending: a case study in five Latin American countries*. London: Reproductive Health Matters.

March, James y Olsen, Johan (1997). *El redescubrimiento de las instituciones: la base organizativa de la política*. México: Fondo de Cultura Económica.

Martínez, Rodrigo y Collinao, María (2008). *Gasto Social: modelo de medición y análisis para América Latina y el Caribe*. : Washington: ECLAC Serie Manuales. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/ECLAC-RMartinez-gasto-social-ALC.pdf> (recuperado el 2 de agosto de 2018)

Masumura, Fernando (s/f). *Ejecución del Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud PARSALUD II, Noviembre 2009-Diciembre 2015*. Lima: Ministerio de Salud: PARSALUD.

Masumura Tanaka, Víctor Fernando (2016). Ex coordinador de la Administración Financiera del programa ParSalud, Ministerio de Salud de Perú. Comunicación personal. Abril 8 de 2016, Lima. Entrevista.

Martínez Salgado, Carolina (2012). *El muestreo en investigación cualitativa: Principios básicos y algunas controversias*. Vol. 17 núm. 3. Río de Janeiro: Ciencia & Saúde Coletiva.

Mendoza, Edgardo (S/F). *Mujeres y hombres en situación de pobreza*. Lima Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Disponible en: <https://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/sispod/pdf/59.pdf> (Recuperado el 1 de agosto de 2018)

Menéndez Guerrero, Gilberto Enrique; Navas Cabrera, Inocencia; Hidalgo Rodríguez, Yusleidy y Espert Castellanos, José (2012). *El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente*. Revista cubana de obstetricia y ginecología. Habana: Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol38\\_3\\_12/gin06312.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol38_3_12/gin06312.htm)

Ministerio de Salud de Perú (s/f). *Salud sexual y reproductiva*. Situación epidemiológica. Lima: Dirección General de Salud de las Personas. Disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/portada/est\\_san/saludsexual.htm](http://www.minsa.gob.pe/portada/est_san/saludsexual.htm)

Ministerio de Salud (S/Fa). *Establecimientos del Sector Salud*. Lima: Ministerio de salud y otras instituciones por tipo Perú. <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/indicadoresSalud/recursos/establecimientos/ESTABMacros.asp?00> (Recuperado el 29 de julio de 2018)

Ministerio de Salud (2009). Resolución Ministerial 27 de marzo de 2009, Documento Técnico: plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal (2009-2015). Lima: República del Perú.

Ministerio de Salud (2016). Situación Epidemiológica de la Muerte Materna en Perú 2015. Lima: Boletín epidemiológico 4: Lima. Ministerio de Salud. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2016/04.pdf> (Recuperado el 29 de julio de 2018).

Ministerio del trabajo y promoción del empleo (2015). Informe anual 2014: La mujer en el mercado laboral peruano. Lima: Gobierno del Perú. Disponible en: [https://www.trabajo.gob.pe/archivos/file/DISEL/2014/INFORMES/informe\\_anual\\_mujer\\_mercado\\_laboral\\_2014.pdf](https://www.trabajo.gob.pe/archivos/file/DISEL/2014/INFORMES/informe_anual_mujer_mercado_laboral_2014.pdf) (recuperado el 1 de agosto de 2018)

Nureña, César (2009). *Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical*. Revista Panamericana de Salud Pública. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Nussbaum, Martha (2000). *Women and Development The Capabilities Approach*. Cambridge: Cambridge University Press.

Observatorio de Mortalidad Materna en México (2015). *Definiciones*. Disponible en: <http://omm.org.mx/index.php/definiciones> (Recuperado en marzo de 2015)

Organización de Estados Americanos (1994). *Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer "Convención de Belem do Para"*. Disponible en: <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html> (Recuperado en marzo de 2015)

Olea Mauleón, Cecilia (2016). Presidenta del Directorio del Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán. Comunicación personal. Abril 20 de 2016, Lima. Entrevista.

Olvera, Alberto (2008). *Reflexiones sobre la calidad de la democracia en México*. En Ochoa González, Óscar (coord.) (2008). *La reforma del estado y la calidad de la democracia en México*. México: Porrúa-EGAP-ITESM.

Okonofua, Friday (2010). *Reducing Maternal Mortality in Nigeria: An approach through policy research and capacity building*. Benin: African Journal of Reproductive Health. Women's health's and action research center.

Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2015). *Indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: Portada oficial de la ONU para los indicadores de los ODM*. Disponible en: <https://unstats.un.org/unsd/mdg/Data.aspx> (recuperado en febrero de 2018).

Organización Mundial de la Salud (2012). *Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE-MM*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (OMS) 2013. *Estadísticas Sanitarias Mundiales*. Ginebra: OMS. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf)

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014). *Mortalidad Materna*. Nota descriptiva N° 348. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015). *Objetivo de Desarrollo del Milenio 5: Mejorar la salud materna*. Disponible en: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/maternal/mdg/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/mdg/es/)

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015a). *Determinantes de la salud* Disponible en: [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/)

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018). *La inversión en partería puede salvar millones de vidas de mujeres y recién nacidos*. OMS: Centro de prensa. Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/investment-midwifery/es/> (recuperado en octubre de 2018).

OMS, UNICEF, UNFPA y Banco Mundial (2008). *Mortalidad materna en 2005, estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial*. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/9789241596213/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241596213/es/)

Organización Panamericana de la Salud (2007). *Salud en las Américas 2007*. Publicación Regional y Científica 2007. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Oyarzún Ebensperger, Enrique (2005). *Salud materna en las américas*. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. Santiago: Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología.



Parsons, Wayne (2007). *Políticas Públicas, una introducción a la teoría y práctica del análisis de Políticas Públicas*. México: Atenea Acevedo, FLACSO.

PARSALUD (2008). Resumen Ejecutivo Estudio de factibilidad del Programa de Inversión Pública "Segunda Fase del Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud- PARSALUD II". Ministerio de Salud. Disponible en: <http://www.parsalud.gob.pe/factibilidad-del-programa?...resumen-ejecutivo>

Pelcastre, Blanca; Villegas, Norma; De León, Verónica; Díaz, Agustín; Ortega, Doris; Santillana, Manuel; De los Ángeles Mejía, Juana (2005). *Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de las parteras en San Luis Potosí, México*. México: Revista de la Escuela de Enfermería USP.

Pérez-Lu, José; Iguñiz Romero, Ruth; Bayer, Ángela; García, Patricia (2015). *Reduciendo las inequidades en salud y mejorando la salud materna mediante la mejora de los sistemas de información en salud: Wawared Perú*. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. Lima: Instituto Nacional de Salud.

Pinedo Bentos de Colonna, Victoria Alejandrina (2016). Ex directora ejecutiva de comunicaciones, Ministerio de Salud. Comunicación personal. Abril 20 de 2016, Lima. Entrevista.

Plata Pérez, Pedro (2010). *Los vínculos entre crecimiento económico y la salud*. Perspectivas Revista de Análisis de Economía, Comercio y Negocios Internacionales. Vol. 4. San Luis Potosí: Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Disponible en: [publicaciones.eco.uaslp.mx/VOL6/Paper02-4\(2\).pdf](http://publicaciones.eco.uaslp.mx/VOL6/Paper02-4(2).pdf) (recuperado en septiembre de 2015)

PROFECO (2012). *Analiza PROFECO los gastos de hospitalización para da a luz*. Comunicado 59. Disponible en: <http://www.profeco.gob.mx/prensa/prensa10/mayo10/bol59.asp> (Recuperado en octubre de 2015).

Quiñones Colchado, Rosa Elva (2016). Decana del Colegio de Obstetra del Perú. Entrevista. Comunicación personal. 8 de mayo de 2016, Lima Perú.

Ribotta, Bruno (2010) *Diagnóstico sociodemográfico de los pueblos indígenas del Perú*. CEPAL-Fundación Ford: [http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/6/40386/peru\\_julio2010.pdf](http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/6/40386/peru_julio2010.pdf)

Ristori Milla, Christina Ariatna (2017). Jefa del Departamento de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud del Gobierno de Coahuila México. Comunicación personal. 29 de mayo de 2017. Saltillo: Entrevista.



Rivera Dommarco, Juan Ángel y González de Cossío, Teresita (2012). *Pobreza, nutrición y salud*. Dentro del libro: Cordera, Rolando y Murayama, Ciro (2012). “Los Determinantes Sociales de la Salud en México”. México: Fondo de Cultura Económica, Universidad Nacional Autónoma de México.

Rizo López, Ana Esmeralda (2006). *¿A qué llamamos exclusión social?* Polis. Disponible en: <http://polis.revues.org> (recuperado en octubre de 2015).

Robles, Bernardo (2011). *La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico*. Cuicuilco. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia

Rojas García, Dalia Patricia; Alarcón Ovalle, María Helena y Calderón, Bertha Patricia (2010). *Vivencia del embarazo en adolescentes en una institución de protección en Colombia*. Index enfermería. Granada: Fundación Index. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962010000200012&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200012&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

Roldán, Silvia (2009). *Grupos de Atención Inmediata de Muerte Materna*. Dentro del libro Freyermuth, Graciela y Siesa, Paola coord. (2009). *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*. México: CIESAS.

Romero Pérez, Irma; Sánchez Miranda, Georgina; Romero López, Eva y Chávez Courtois, Mayra (2010). *Muerte maternal: una revisión de la literatura sobre factores socioculturales*. Perinatología y Reproducción Humana. México: Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

Romero, Martha Alicia (2017). Subdirectora de prevención y promoción para la salud de la Secretaría de Salud del Gobierno de Coahuila México. 29 de mayo de 2017. Entrevista.

Rousseau, Stéphanie (2007). *Las políticas de salud reproductiva en el Perú: reformas sociales y derechos ciudadanos*. Revista de Estudios Feministas. Centro de Filosofía e Ciencias Humanas e Centro de Comunicacao e Expressao da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: Universidad Federal de Santa Catarina.

Salgado de Snyder, Nelly y Guerra y Guerra, Germán (2014). *Un análisis de la investigación en México sobre los determinantes sociales de la salud: 2005-2012*. Salud Pública de México. México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Sánchez Dávila, Keller (2013). *Implantación de la política en salud materna en la república de Chile y Perú: una observación desde la dimensión de gestión*. (Tesis de

maestría en gestión y políticas públicas). Santiago: Universidad de Chile. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/115562>

Santos Rebaza, Ladys Karim; Victoria Mori, Luna; Marlene, Flor; González Reyes, Marino (2010). *Mortalidad materna: factores determinantes modificables mediante políticas públicas en la región La Libertad*. UCV Scientia. Trujillo: Universidad César Vallejo.

Seclen-Palacin, Juan; Jacoby, Enrique; Benavides, Bruno; Novara, Joaquín; Velásquez, Aníbal; Watanabe, Enrique; Arroyo, César (2003). *Efectos de un programa de mejoramiento de la calidad en servicios materno perinatales en el Perú: la experiencia del proyecto 2000*. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. Recife: Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira.

Sen, Amartya (1995). *Mortality as an Indicator of economic success and failure*. Florence: UNICEF, Innocent Lectures.

Sen, Amartya (1992). *Missing women: social inequality outweighs women's survival advantage in Asia and north Africa*. British Medical Journal. London: British Medical Association.

Sen, Amartya. (1999). *Development as freedom*. New York: Anchor books.

Sen, Amartya (2000). *Social exclusión: concept, application, and scrutiny*. Manila: Asian Development Bank

Sen, Amartya (2015). Conversación con Amartya Sen, octubre 16 de 2015. Archivo: Ciencias Sociales, Ética, Filosofía, Política. Videoteca de la Cátedra Alfonso Reyes, ITESM. Disponible en: <http://catedraalfonsoreyes.org/2015/10/> (<https://youtu.be/C0EJIHqNENI>)

Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre) (2017). Qu'est-ce que l'aide médicale de l'État (AME)? Service Public France. Disponible en: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3079> (recuperado en octubre de 2017)

Sulbrandt, José y Lefio, Álvaro (2010). *La experiencia de Costa Rica en la reducción de las tasas de mortalidad infantil y materna. Aprendizajes y desafíos*. En "Experiencias sociales 40 ejemplares". Fondo España-PNUD "Hacia un desarrollo integrado e inclusivo en América Latina y el Caribe, AECID, PNUD. New York: PNUD.

Székely, Miguel (2005). *Pobreza y desigualdad en México entre 1950 y el 2004*. Serie: documentos de investigación. México: Secretaría de Desarrollo Social..

Tantaleán del Águila, Martín (2016). Médico, presidente del Centro de Promoción Familiar y Reconocimiento Natural de la Fertilidad. Comunicación personal. Junio 16 de 2016, Lima: Entrevista.

Tapia Granados, José (2005). *Economía y mortalidad en las Ciencias Sociales: del Renacimiento a las ideas sobre la transición demográfica*. Salud Colectiva. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús.

Tarqui, Carolina y Barreda, Alejandro (2005). *Factores asociados con la elección del parto domiciliario en una zona de atención primaria, Callao Perú*. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. Lima: Instituto Nacional de Salud.

Tavera Salazar, Mario (2016). Médico, asesor del Viceministro de Salud Pública del Ministerio de Salud de Perú, ex especialista en salud UNICEF Perú. Comunicación personal. Mayo 31 de 2016, Lima: Entrevista.

Theodolou, Stella (1995). *Public Policy: The Essential Readings. "How Public Policy is made"*. Upper Saddle River: Prentice Hall

Tobar, Federico (2013). *La trampa del ingreso medio: una crisis de crecimiento en el aseguramiento de insumos de Salud Sexual y Reproductiva en América Latina y el Caribe*. Nueva York: UNPFRA. Disponible en: <http://lac.unfpa.org/sites/lac.unfpa.org> (Recuperado en agosto de 2015).

UNDP (2012). *Índice de Desarrollo Humano departamental, provincial y distrital 2003, 2007, 2010, 2011 y 2012*. Lima: UNDP-Perú.

UNFPA y Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables de Perú (2016). Situación del embarazo en adolescentes menores de 15 años. Infografía. Lima: UNPFA. Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/infografia-madre-15anos-2016.pdf> (Recuperado el 28 de junio de 2018).

UNFPA (2016). Resultados de la ENDES 2015, Embarazo en adolescentes peruanas no descende en los últimos veinte años. Lima: UNFPA. Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/WebEspeciales/2016/MAY/Endes2016/Nota1.html> (Recuperado el 28 de junio de 2018)

Unidad de Monitoreo y Evaluación (2012). "Informe de Transferencia de Gestión Documentado PARSALUD. Lima: Ministerio de Salud, PARSALUD.

Uribe, Patricia, Ruiz, Cuitláhuac y Morales, Eduardo (2009). *La Mortalidad Materna en México, Estrategias y Desigualdades*. Dentro del libro Freyermuth, Graciela

y Siesa, Paola. Coord. (2009). La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura. México: CIESAS.

Valdez Santiago, Rosario coord. (2013). *El abuso hacia las mujeres en salas de maternidad: nueva evidencia sobre un viejo problema*. Resumen ejecutivo. México: Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en: <http://www.insp.mx/produccion-editorial/novedades-editoriales/3103-abuso-sala-maternidad.html>

Valdez Santiago, Rosario; Arenas Monreal, Luz; y Hernández Tezoquipa, Isabel (2004). *Experiencias de las parteras en la identificación de mujeres maltratadas durante el embarazo*. México: Salud Pública de México.

Velásquez, Aníbal y Benavides, Bruno (2004). Impacto en la calidad del servicio de salud en la utilización del parto institucional en el Perú. Lima: Centro de salud reproductiva y desarrollo. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/260228855\\_IMPACTO\\_DE\\_LA\\_CALIDAD\\_DE\\_SERVICIOS\\_DE\\_SALUD\\_EN\\_LA\\_UTILIZACION\\_DEL\\_PARTO\\_INSTITUCIONAL\\_EN\\_EL\\_PERU](https://www.researchgate.net/publication/260228855_IMPACTO_DE_LA_CALIDAD_DE_SERVICIOS_DE_SALUD_EN_LA_UTILIZACION_DEL_PARTO_INSTITUCIONAL_EN_EL_PERU) (Recuperado el 1 de agosto de 2018).

Vicuña, Marisol (2002). "Nivel de satisfacción y disfunciones percibidas sobre la calidad de atención de los servicios obstétricos". Vol. 63m Núm.1. Lima: Anales de la Facultad de Medicina, UNMSSM. Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/1476> (Recuperado el 1 de agosto de 2018)

Vigo Valdez, Walter (2016). Ex Coordinador General del Programa Par Salud. Comunicación personal. Abril 19 de 2016, Lima. Entrevista.

Wajajay, Walter (2013). Percepción de la calidad de atención del parto en usuarias del servicio de centro obstétrico del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Enero - Febrero 2013. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/461/wajajay\\_nw.pdf;jsessionid=CF2E959E774C3A1862F360A0DAF7BBD8?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/461/wajajay_nw.pdf;jsessionid=CF2E959E774C3A1862F360A0DAF7BBD8?sequence=1) (recuperado el 1 de Agosto de 2018)

Watanabe Varas, Teresa (2012). *Tendencia, Niveles y Estructura de la Mortalidad Materna en el Perú*. Centro de Investigación y Desarrollo (CIDE). Lima: Centro de Investigación y Desarrollo del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INE).

Walti, Carlos (2012). *Transición Demográfica y Salud en México*. Dentro del libro Cordera, Rolando y Murayama, Ciro (2012). “Los Determinantes Sociales de la Salud en México”. México: Fondo de Cultura Económica, Universidad Nacional Autónoma de México.

Yamin, Alicia Ely (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 implicaciones en la muerte materna*. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán.

Yin, Robert (2003). *Case Study Research, Design and Methods*. Thousand Oaks: Sage publications.

Yuhas, B., Adebay, J., Eng, N., Potash, E., y Pournajaf, L. (2000). “Reducing Maternal Mortality Rates in Mexico”. *Data Science for Social Good*. Universidad de Chicago. Disponible en: <http://dssg.uchicago.edu/2000/02/01/org-mexico.html> (Recuperado en septiembre de 2015).