

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
ESCUELA DE POSGRADO**



**PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ**

Título

**IMPACTO DEL ACCESO A LA ATENCIÓN DEL PAQUETE INTEGRADO DE
SERVICIOS A LA GESTANTE SOBRE LA SALUD MATERNO INFANTIL:
ANÁLISIS BAJO EL CONCEPTO DE FUNCIONAMIENTOS FÉRTILES
CONJUNTOS**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN
DESARROLLO HUMANO: ENFOQUES Y POLÍTICAS**

AUTORA

Fiorella Iturrino Vilchez

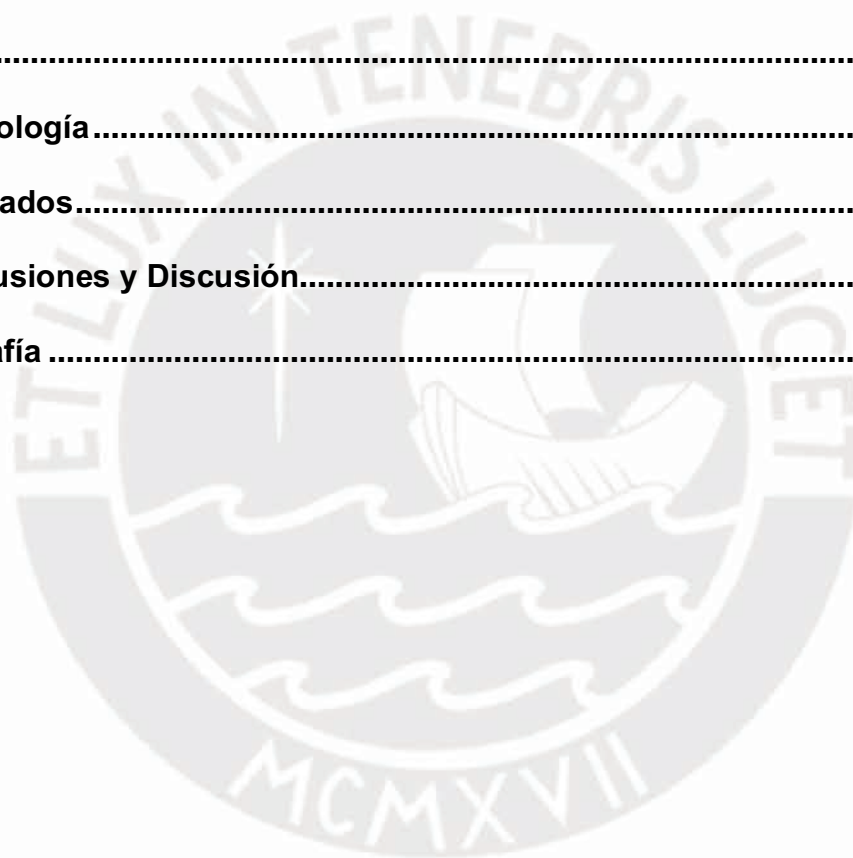
ASESOR

Jhonatan Augusto Clausen Lizárraga

Julio, 2020

Índice

Resumen.....	3
1. Introducción	3
2. Estado del Arte.....	11
3. Marco Conceptual.....	25
4. Características del paquete integrado de servicios a la gestante	40
5. Datos	44
6. Metodología.....	46
7. Resultados.....	55
8. Conclusiones y Discusión.....	64
Bibliografía	68



Impacto del acceso a la atención del paquete integrado de servicios a la gestante sobre la salud materno infantil: Análisis bajo el concepto de Funcionamientos Fértiles Conjuntos*

Alumna: Fiorella Iturrino Vilchez

Código: 20110581

Asesor: Mg. Jhonatan Clausen

Resumen

Esta investigación tiene como objetivo general determinar en qué medida el paquete integrado de servicios a la gestante del Ministerio de Salud ha sido exitoso o no, en lo que respecta al cuidado de la salud materno infantil en el Perú a partir del marco evaluativo del enfoque de las capacidades. Tanto en los estudios de economía de la salud como de desarrollo económico, la madre es generalmente posicionada como medio para obtener un nivel de bienestar para los hijos. A diferencia de la literatura asociada a la salud materno infantil, que se enfoca principalmente en la salud de los niños, esta investigación toma en cuenta el logro de resultados en ambos –madre e hijo, debido al compromiso del enfoque de las capacidades con el principio de “cada individuo como un fin”. Para dicho fin el estudio propone entender la salud materno infantil, para niños entre 0 y 3 años, como un *funcionamiento fértil conjunto*. Se estima un modelo cuasi-experimental, utilizando la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) para determinar en qué medida el paquete integrado a logrado ser exitoso en mejorar tanto la salud de las madres como de los hijos. Los resultados sugieren que el paquete integrado ha sido exitoso en la reducción conjunta de la anemia materna y la desnutrición crónica infantil.

Palabras Clave: Joint Fertile Functioning, evaluación de impacto, salud materno infantil, Perú.

1. Introducción

En el Perú, la tasa de desnutrición crónica infantil ha sido 13.1 por ciento¹; sin embargo, si los datos se analizan a nivel departamental, Huancavelica alcanza

*Un especial agradecimiento a mi asesor Jhonatan Clausen quien ha dedicado mucho esfuerzo en la guía del proceso de esta investigación, la misma que no hubiera sido posible sin su apoyo junto con sus amplios conocimientos sobre el estudio del Enfoque de Capacidades y Desarrollo Humano. Asimismo, agradezco a mis jurados de tesis Javier Iguíñiz y Carmen Yon por sus comentarios valiosos que han fomentado la discusión de la investigación y han permitido reforzar mis ideas y conocimientos no solo en el Enfoque de Capacidades, sino también del Enfoque de Género. Asimismo, aprecio los comentarios recibidos por los profesores Ismael Muñoz, Silvia Espinal, Catalina Romero y Areli Valencia. Estoy profundamente agradecida por colaboración y críticas de Roger Asencios en la elaboración de esta tesis, cuyas recomendaciones han sido muy importantes para el desarrollo de la misma. Finalmente, quiero dedicar este estudio a mi querida madre y a mi hermano, quienes me acompañaron incondicionalmente en este proceso.

¹<https://www.inei.gov.pe/estadisticas/indice-tematico/sociales/>

una tasa de 33.40 por ciento para el mismo año. No obstante, entre el 2010 y 2017 la tasa de desnutrición crónica infantil se ha reducido en 44.6 puntos porcentuales; uno de los motivos principales de dicha reducción puede estar relacionado con el mejor control de los determinantes y causas de la desnutrición. Ello se debe a que, actualmente, los hacedores de política tienen un conocimiento más amplio respecto a los factores que afectan a la desnutrición crónica infantil, y a partir de ello han podido hacer frente a las problemáticas de forma más concreta. Por ejemplo, entre los principales determinantes se encuentra la seguridad en el hogar, la atención en salud, las características socioeconómicas, y demográficas, entre otras (Sobrino et al., 2014, p.105); los mismos que en el caso peruano, se monitorean, ejecutan y evalúan a través de indicadores, desde el sector salud², como también de educación³, y de desarrollo e inclusión social⁴. Otro motivo principal de la reducción, y que se aborda en esta investigación, es el énfasis de los padres en el cuidado de su salud, lo cual puede tener un efecto significativo y relevante en su hijo por el canal de transmisión intergeneracional de salud existente en la dinámica madre - hijo,

Ahora bien, la desnutrición crónica infantil y el acceso a servicios de salud maternos se posicionan como dos grandes temas en el proceso de desarrollo del mundo, y el Perú no es ajeno a ello. Dicha problemática se enmarca en los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) promovidos por las Naciones Unidas, específicamente en el N°2 y el N°3 (Naciones Unidas y Cepal, 2016, p.11). Los ODS, si bien no tienen carácter de ley, son asumidos como metas internacionales o globales; asimismo, son considerados como marcos que orientan las políticas, comunes a los países, y son dichos países quienes deciden si se aplican o no. En el caso peruano, se ha establecido un compromiso con el cumplimiento de los ODS que parte de una iniciativa desde el sector público, privado, y organizaciones no gubernamentales con el movimiento “Perú por los ODS”⁵. Ello es relevante en tanto el mayor impulso debe encontrarse en la identificación constante de las personas desfavorecidas. En ese sentido, la

²Revisar: <http://bvs.minsa.gob.pe/blog/vhl/catalogos-minsa/estadisticas-de-salud/>

³Revisar: <http://escale.minedu.gob.pe/>

⁴Revisar: <http://sdv.midis.gob.pe/Infomidis/#/>

⁵Información del movimiento en: <http://www.pods.pe/>

clave fundamental es buscar eliminar las brechas existentes de desarrollo humano, teniendo en consideración la existencia de diversos desafíos y retos del universalismo –cuya idea es que nadie se quede atrás, y que el desarrollo humano llegue a todas las personas en el mundo (UNDP,2016)-, sean las privaciones, la desigualdad de género, la escasez del agua, las epidemias, la inseguridad alimentaria, entre otros.

Desde el Ministerio de Salud (Minsa) se han realizado diversos esfuerzos para abordar la problemática entorno a la salud y el bienestar del individuo. Dicho ministerio ha creado un conjunto de servicios de salud a favor de las gestantes⁶ a nivel nacional con el objetivo de mejorar su calidad de vida, y también la de sus hijos. El paquete integrado de servicios a la gestante (que en esta investigación llamaremos como PISG), consiste en brindar exámenes auxiliares (orina, hemoglobina), atenciones prenatales a iniciarse durante los primeros tres meses de embarazo, suplemento de sulfato ferroso, y partos institucionales – partos atendidos en establecimientos de salud y por personal especializado- a todas las madres peruanas. Como parte de los resultados del paquete, el Minsa indica que la asistencia de salud a las madres contribuiría a la mejora de salud de los niños, percibido como una reducción en las tasas de desnutrición crónica infantil (Minsa, 2010; Minsa, 2017). En este caso, la madre y su salud son entendidas como medios para alcanzar un fin asociado a la nutrición del hijo.

¿Pero por qué habríamos de esperar que dicho paquete tenga una implicancia en la desnutrición crónica infantil? Y, asimismo, ¿por qué dicho paquete hace referencia a la nutrición en el hijo sin considerar un efecto directo sobre la salud de la madre? La literatura médica indica una relación directa entre la madre y su hijo, en edades tempranas, a través de un canal de transmisión de salud (Chi et al., 2014; Deschamps et al., 2009; & Abarca, 2013). Dicho canal establece un nexo entre ambos individuos durante el embarazo, parto de la madre, y lactancia materna, el cual se extiende hasta los primeros años de vida del niño, donde el grado de dependencia hacia sus padres es alto. Así también, entre los principales determinantes sociales de la salud que se manifiestan en dicha

⁶<http://www.diresahuanuco.gob.pe/FED/2017/RENDICIONDECUENTASFEDHUANUCO.pdf>

transmisión, se encuentra el acceso a los servicios de salud por parte de las madres. Cuando se obtiene un acceso a la salud, diversos factores asociados a la relación madre-hijo, como por ejemplo la lactancia materna, se benefician (Calvo, 2009 p.5). Ello se debe, principalmente, a la influencia del personal de salud sobre la duración y frecuencia del amamantamiento (Ilabaca y Atalah, 2012).

Sobre ese último punto, autores como García et al (2015) mencionan que la leche materna puede ser un vehículo de transmisión de enfermedades de la madre hacia su hijo, debido a las secreciones respiratorias, como también al contacto directo con lesiones del pezón o de la mama. Por otro lado, la literatura médica indica que el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un mecanismo de transmisión a partir de una transmisión vertical que afecta a la mujer embarazada como al feto (Ávila et al., 2016). Caso similar se presenta con la anemia materna, que genera una prevalencia de desnutrición mayor en los hijos (Beltrán y Seinfeld, 2011). En ese sentido, -y se explorará con mayor detenimiento más adelante-, surge el interés por explorar esta relación que se sustenta científicamente a partir de los estudios médicos revisados en el presente documento.

Dicho ello, es relevante mencionar que, en general, la salud resulta fundamental como parte constitutiva del desarrollo humano, pues forma parte integral de un desarrollo adecuado (Sen, 1999, p.623). Es por ello que, de forma complementaria al sustento científico que brinda la literatura médica, para entender la relación entre la madre y el hijo se reconoce la existencia de una transmisión de capacidades a nivel intergeneracional (Sen, 2000, p.55). Cabe mencionar que las capacidades se definen como las combinaciones de funcionamientos que un individuo puede alcanzar (Sen, 2000, p.99). Dichos funcionamientos se definen como los recursos (los haberes y los seres) necesarios para alcanzar resultados que los individuos valoran y tienen razones para valorar (Sen, 2000; Ariana y Naveed, 2009, p.234). Asimismo, se desenvuelven en lo que se considera valioso e importante dado un contexto social (Alkire y Deneuline, 2009). Justamente son las capacidades el conjunto de funcionamientos, donde la expansión de libertad permite el disfrute de los mismos. Dicha libertad, según Iguñiz (2009), es poder seleccionar y decidir por

alguno de los paquetes de actividades multidimensionales asociados a los diversos aspectos de la vida de una persona, sea el empleo, las relaciones sociales, las identidades, entre otras. En ese sentido, Sen (2000) argumenta que la capacidad es una libertad para conseguir determinadas combinaciones de funcionamientos que le permitan a uno alcanzar los diferentes estilos de vida que valora. Específicamente, en lo que corresponde a la presente investigación, la “capacidad de salud” se define en la habilidad individual para alcanzar buena salud y evitar la morbilidad y muerte prematura (Ruger, 2006, p.436).

Dicho ello, en la transmisión de capacidades el factor “madre” resulta importante para el desarrollo futuro del niño, pero también en la propia vida de la madre, en tanto las personas son fines del desarrollo. De esa forma, el acceso al cuidado y alimentación de la madre abriría la posibilidad de generar desarrollo no solo en sus vidas, sino en la de sus hijos a temprana edad. Por ejemplo, según Salam et al. (2014) un estatus pobre de nutrición materna resulta ser una de las principales preocupaciones en salud pública, ya que no solo implica altos riesgos de salud para las madres en su embarazo y parto, sino también impacta en el crecimiento y desarrollo cognitivo de los niños, lo cual deja graves consecuencias –no solo de forma individual y familiar- en la sociedad e impide el crecimiento económico y desarrollo de una nación (p.5).

Para ello, la investigación propone la utilización del Enfoque de Capacidades como el espacio de evaluación del paquete integrado de servicios a la gestante, cuyos componentes u objetos de valor son los funcionamientos fértiles conjuntos de la madre y los hijos en el rango de edad de 0 a 3 años. El Enfoque de Capacidades se caracteriza por su lenguaje moral en tanto marco evaluativo, por lo que se interesa en determinar qué evaluar mas no, principalmente, en identificar las causas de porqué una situación de salud –al ser evaluada- resulta ser mejor o peor para la madres y los hijos. Para poder comprender esto último, es necesario el estudio y discusión de enfoques complementarios. De la literatura revisada, el Enfoque de Determinantes Sociales y el Enfoque de Género contribuirán a visibilizar los elementos que afectan los objetos de valor y que dan forma a las políticas públicas de salud existentes

En el Enfoque de Determinantes Sociales se busca comprender y considerar las relaciones entre los individuos y las principales características que generan desigualdades en la salud materno infantil. Mientras que por el lado del Enfoque de Género se plantean dos aristas. En primer lugar, se busca cuestionar la normalización de los roles teniendo en cuenta las diferencias biológicas existentes entre hombres y mujeres respecto al cuidado de los hijos (Chattier, 2012; Valdivia, 2006; Kabeer, 1991; Stromquist, 2006). En segundo lugar, se pretende comprender las relaciones sociales de desigualdad y poder respecto al género (Lamas, 2013a, 2013b; Scott, 2013; Ortner, 1991; Ruiz Bravo, 1994; Ruiz Bravo, 2018). En ese sentido, la investigación plantea dar un paso más allá de la lógica tradicional de evaluación de los programas de servicios de salud materno infantil que solo toman como objetivo al niño, para tomar también en consideración a la madre como fin último, lo cual es fundamental para el Enfoque de Género. Es necesario mencionar que dicho enfoque puede usarse de manera transversal en esta investigación, ya que el Enfoque de Capacidades no es neutro al género, más aún desde el momento en que la mujer es entendida como un sujeto con valor propio. Además, ambos enfoques permitirán un acercamiento a los elementos que explican los resultados de salud, y que a su vez dan forma a la configuración actual de las políticas públicas de salud.

Es importante recalcar que las políticas de salud han tendido a instrumentalizar a la madre (Rosenzweig y Schultz, 1982), posicionándola como un medio para alcanzar un fin, que en este caso es la reducción de la desnutrición crónica infantil. Por lo general, los programas de salud actualmente existentes asociados a la infancia, perciben a la madre como un vehículo para obtener un efecto sobre los hijos. Donde además no consideran el rol del padre como un agente relevante para el cuidado de los hijos, con lo que se evidencia que las políticas públicas de salud no solo instrumentalizan a la madre como un medio, sino que además se refuerzan estereotipos de género cuando se asocia toda la responsabilidad del cuidado de la salud familiar hacia la mujer. Biológicamente la relación de salud de la madre y el hijo tienen una dinámica especial principalmente en la etapa de la gestación, lo que explica una construcción de roles para las mujeres asociados a su componente materno en la noción de la biología médica. Respecto a dicha construcción existe un pensamiento previo y común sobre el

sujeto femenino como cuidador del hogar y de la salud familiar, mientras que el sujeto masculino tiene un rol de proveedor económico para el hogar (Geldstein, 2004, p.126). Bajo el Enfoque de Género el reconocimiento de las diferentes construcciones sociales de los sujetos permitirá un mejor entendimiento y un cierre de brechas de desigualdad entre los roles masculinos y femeninos.

Un caso ejemplificador es Juntos, un programa de transferencia monetaria condicionada que tiene como misión reducir la pobreza en el Perú (Presidencia del Consejo de Ministros, 2010, p.7), el cual hace referencia a la prevención en salud materno infantil, y que se reduce a la ejecución de controles pre y post natales, pero en cuyos objetivos específicos el foco de atención está orientado a la corresponsabilidad de las madres para llevar a sus hijos a la escuela y a los establecimientos de salud, a partir de una transferencia monetaria condicionada (PNUD, 2006, p.19). Es decir, el efecto principal apunta al infante, no particularmente a su madre. Caso similar se encuentra en el PISG, que si bien no es un programa, en su composición, su interés está orientado al componente infantil como fin último (Minsa, 2010), y la salud de la madre solo se reconoce como relevante, en tanto permita una mejoría en la salud de los hijos.

La literatura de la economía de la salud, o en general de los estudios de desarrollo, entienden y analizan este tipo de paquetes de servicios como un medio para lograr un fin: la nutrición del niño bajo una lógica de capital humano⁷. Dicha acción resulta éticamente problemática bajo la perspectiva del Enfoque de Capacidades, específicamente con el principio de cada persona como un fin. Si se analiza la relación madre-hijo a la luz del Enfoque de Capacidades el resultado del paquete es otro, puesto que nos exige considerar como unidad de evaluación no solo al niño, sino también a la madre. Dicha relación puede analizarse bajo la definición de funcionamientos fértiles conjuntos que surge a partir de la intersección de dos conceptos: capacidades conjuntas y funcionamientos fértiles. Donde la fertilidad no se entiende en el sentido de reproducción biológica de la madre, sino en contraposición a la desventaja corrosiva. Es decir, funcionamientos especiales que deben ser estudiados

⁷Para Sen (1998) dicho concepto se basa en la agencia, donde los seres humanos aumentan sus posibilidades de producir a través de ciertas características.

conjuntamente, sin perder de vista que los sujetos de preocupación moral (madre e hijo) son individuos diferentes. Entonces la dupla de funcionamientos madre-hijo debe evaluarse conjuntamente, debido a la especial asociación existente entre los funcionamientos de la madre y del hijo que comprende un rango de edad entre cero y tres años. Cabe señalar que no todos los funcionamientos de las madres y de los hijos en ese rango de edad son funcionamientos fértiles conjuntos, sino que se estudia un tipo particular de funcionamientos de salud (anemia materna - desnutrición crónica infantil) que no agotan la totalidad de los componentes de la dimensión de salud.

A partir de lo mencionado, el objetivo de esta investigación es evaluar, desde el Enfoque de Capacidades, de qué manera el paquete integrado de servicios a la gestante ha sido exitoso o no. Para ello se propone entender la salud materno infantil, para niños entre 0 y 3 años, como un funcionamiento fértil conjunto, el mismo que está compuesto por la dupla de funcionamientos madre-hijo. Al analizar el paquete bajo el EC, el efecto del mismo no puede centrarse únicamente sobre la capacidad en salud del niño, sino también en la madre, ya que ambos no solo son unidades de análisis sino que además son parte del espacio evaluativo de dicho paquete. Asimismo, dado que los resultados del paquete tienen características propias de la dupla, y son diferentes al común de capacidades, un concepto como el de funcionamiento fértil conjunto se acopla al resultado –que debería tener el paquete- que se busca explicar y caracterizar.

Dado el objetivo mencionado, se recurre a la literatura de evaluación de impacto cuasi-experimental, para determinar si el paquete integrado de servicios ha tenido éxito. Para ello, se utiliza el modelo de Emparejamiento o Propensity Score Matching (PSM). El Propensity Score Matching consiste en plantear un grupo de comparación estadística basada en el modelo de probabilidad de participación en un tratamiento, a partir del uso de características observadas (Shahidur et al., 2010, p.53). Dicho modelo es considerado de regresión simple, pues contiene una variable endógena o dependiente, variables exógenas o explicativas, y un término de error que recoge las variables no observadas que afectan a la endógena (Maddala y Lahiri, 2012). Entonces, a partir de ello se comparan en base a la probabilidad de participación a los participantes (tratados)

con aquellos individuos no participantes (controles). En el caso del PISG los tratados serían las madres gestantes que utilizan los servicios de salud correspondientes al paquete integrado, mientras que los controles serían las madres que no acceden a los servicios pero que comparten características observables similares. El modelo planteado de dicha manera permitirá analizar el efecto del paquete integrado de servicios a la gestante, sobre la salud materno infantil.

Se espera que la investigación tenga un aporte en Enfoque de Capacidades con la introducción del concepto de funcionamientos fértiles conjuntos, como también en la evaluación de políticas públicas en salud materno infantil que tomen en cuenta el desarrollo integral tanto de las madres como la de sus hijos. Específicamente, brindará una contribución a la toma de decisiones en términos de la mejora de salud materno infantil, ya que las políticas públicas han estado orientadas a la instrumentalización de las madres para alcanzar fines asociados a metas concretas en la infancia, sin tener en cuenta los efectos potenciales de la salud materno infantil en el conjunto madre-hijo (Rosenzweig y Schultz, 1982, p.52; Davis et al., 2016; Spence et al., 2016). El resto del documento está estructurado de la siguiente forma. La sección 2 comprende el estado del arte, donde se introduce el concepto de funcionamiento fértil conjunto. La sección 3 describe las características del paquete integrado de servicios a la gestante. La sección 4 presenta los datos, reporta información estadística relevante, la sección 5 describe la metodología empírica utilizada. La sección 6 presenta resultados. La sección 7 concluye y discute.

2. Estado del Arte

En la presente sección se discute el estado del arte que brindará sustento de la literatura para la evaluación desde el Enfoque de Capacidades, del paquete integrado de servicios a la gestante. En ese sentido, la sección incluirá los estudios de sobre la salud materno infantil y sus determinantes sociales para

explorar los efectos que tienen los paquetes de servicios de salud sobre la misma.

En general, los estudios de la salud materno infantil han sido orientados al cuidado de los niños como fin último, mientras que las madres como intrínsecamente importantes han tenido poca atención con respecto a los estudios vinculados a su función biológica reproductiva (Díaz y Presno, 2013, p.231). Es por ello que resulta necesaria la comprensión de los determinantes de salud teniendo en cuenta las relaciones entre individuos y las principales características que generan desigualdades en la salud (Díaz y Presno, 2013, p.231). Dichos determinantes sociales surgen a partir de la búsqueda para identificar mecanismos específicos mediante los cuales los miembros de diferentes grupos socioeconómicos experimentan diferentes enfermedades o condiciones de salud (Raphael, 2006, p.652). En las siguientes líneas se presentarán los principales determinantes sociales de salud materno infantil discutidos en la literatura.

Entre los principales determinantes de la salud materno infantil se encuentran los siguientes: género, estructura social, servicios de salud, características biológicas, nivel socioeconómico (vivencias materiales, educación, ingresos, empleo, y jerarquía social), y cultura (Castañeda, 2014; Álvarez et al., 2007; Corral et al., 2010; Lip & Rocabado, 2005; Parker y Aggleton, 2012). En primer lugar, se define al género como un determinante de la salud, donde se diferencian los comportamientos, experiencias, roles y relaciones sociales de poder entre mujeres y hombres por lo que sus procesos de salud son diferentes (Castañeda, 2014, p.253).

El concepto de género ha tenido diversos matices en diferentes etapas de la historia. Según Conway, Bourque y Scott, en los años cuarenta y cincuenta el concepto de género estaba dominado por la biología, donde hombres y mujeres se complementaban: el hombre con la capacidad para el trabajo instrumental, y la mujer con la capacidad de tener un comportamiento expresivo asociado al

cuidado de la familia -según la teoría de Parsons⁸ (2013, p.22). Sin embargo, en los años más recientes, los estudios han convergido en una definición del género como fenómeno cultural (Conway, et al., 2013, p.22; Ruiz Bravo, 1994, p.21). Ello da paso a diversas interrogantes acerca de la cuestión de igualdad entre hombres y mujeres, la participación de las mujeres en la política, en la academia, y en la economía con el trabajo remunerado fuera del hogar.

En ese sentido, la posición de los hombres y las mujeres está determinada por la cultura, ya no por la biología (Lamas, 2013a, p. 108). Es a partir de ello que se conforma el concepto general del género entendido como “clase o especie”, a lo que corresponde el género masculino y el femenino. Este se forja como una categoría de utilidad para el análisis histórico que indaga en la interacción social entre seres humanos y que, a su vez, apunta a la desnaturalización de la oposición binaria “mujer-hombre” entre los sexos (Kornblit y Sustas, 2014). Donde además las culturas utilizan formas simbólicas para formalizar las diferencias entre hombres y mujeres en diversas circunstancias, generándose, a partir de la simbología, una creación de ideas sobre lo que es ser un hombre y una mujer (Lamas, 2013b, p.340).

Como se mencionó, la biología a priori no garantiza las características de género (Lamas, 2013a, p.110). ¿Qué pasa, por ejemplo, con las mujeres que presentan características masculinas y los hombres que tienen características femeninas? Bajo la lógica del género dominado por la cultura, Lamas citando a Stroller indica que el sexo biológico no es aquello que determina la identidad y el comportamiento de género, sino la adquisición de una identidad basada en experiencias y costumbres asociadas a determinado género desde el nacimiento (2013a, p.113). Por ello, el género es una categoría articulada por: 1. la asignación del género, 2. la identidad de género, y 3. el papel (rol) de género (Lamas, 2013a, p.113). En ese sentido, el individuo estaría eligiendo su propio género, donde el asumirlo implica un proceso temporal, un proyecto de interpretación de la realidad cultural en la que se está inmerso (Butler, 2013, p.308-309; 1995).

⁸ Funcionalismo Estructural que hace referencia a la autorregulación de las sociedades

Asimismo, la conceptualización del Enfoque de Género no se reduce a roles, también toma en cuenta las relaciones sociales. Dicho ello, según Scott (2013) el género se define por elementos, interrelacionados y constitutivos de las relaciones sociales: los símbolos culturales, los conceptos normativos (como doctrinas), las instituciones y organizaciones sociales de las relaciones de género, y la identidad subjetiva (p.289-290). Dichos elementos funcionan en conjunto pero no simultáneamente. Donde el concepto de género permite cuestionar sobre la naturaleza y la cultura, donde las relaciones de género se posicionan entre las mismas: el cuerpo (Ortner, 1991).

Ello tiene claras implicancias para este estudio en tanto el concepto de género cuestiona la normalización de las desigualdades y disparidades sociales que surgen a partir de la construcción de roles y relaciones sociales de los hombres y las mujeres. Aquí se contempla la igualdad de género como la posibilidad de que todos los seres humanos tengamos iguales oportunidades para tener buena salud y desarrollo sanitario adecuado (Castañeda, 2014, p.253) como también las mismas responsabilidades en el cuidado y reproducción social de los hijos.

Ello está asociado con la comprensión de la vulnerabilidad social de las poblaciones, en este caso las mujeres, cuya necesidad de integración en el análisis de los determinantes sociales de la salud materno infantil resulta relevante en tanto los programas de salud deben apuntar a la prevención y control de problemas que estén orientados tanto a los hijos como a las madres considerando sus características específicas (Arenas et al., 2015, p.67). Teniendo en cuenta que las políticas de salud materno infantil deben también contemplar a los padres que forman parte importante del proceso de crecimiento de los hijos, considerando que la carga familiar reposita principalmente en las madres. El estudio de Del Pino et al. muestra que en Ayacucho las mujeres tienen una sobrecarga de trabajo en el hogar que no es compensada ni equilibrada con el rol de los padres (2012, p.13), que ejercen actividades no relacionadas directamente al cuidado familiar.

Por otro lado, existen determinantes de la salud que están asociados con el acceso a la salud en sí misma como la atención que brinda el personal (sea médico, obstetra, enfermera), que orientada a la salud materno infantil puede ser prenatal o postnatal para evitar la mortalidad y morbilidad de la madre y del niño (Dammert, 2001, p.15; Vallenias, 2009, p.87). Ello resulta muy relevante socialmente en tanto muchos de los servicios de salud no consideran las características individuales y necesidades de las diferentes poblaciones, lo que genera un desconocimiento y rechazo a los mismos (Del Pino et al.,2012) lo que resulta en una menor utilización de los mismos. Esto está asociado con los determinantes biológicos que pueden establecer un patrón de salud, por ejemplo las experiencias en la vida temprana influyen en la condición de salud posterior, así como también determinan las trayectorias de salud a partir de efectos latentes, consistentes y acumulativos (Raphael, 2006, p.659). En la salud materno infantil es aún más evidente, ya que las características biológicas de la mujer son frecuentemente orientadas a su elemento reproductivo que se construye generalmente como un rol social pre-establecido para ellas. Ello refleja que el acceso a la salud de calidad es importante, pero también lo es el reconocer los contextos y las circunstancias en que las personas se desarrollan a lo largo de sus diferentes etapas de vida (Yon, 2016, p.22). Dichos contextos se forman por las relaciones sociales, y los diferentes roles de los individuos, que en el caso de la salud materno infantil están asociados a la paternidad y maternidad. Lo que hace el Enfoque de Género es cuestionar dicha normalización de roles sociales considerando las diferencias biológicas existentes entre hombres y mujeres –relación de salud con los hijos a partir de la gestación de la madre por ejemplo-, sin aceptar por ello las desigualdades que pueden surgir en la responsabilidad sobre el cuidado de los hijos y su inclusión en las políticas de salud de los mismos.

Por otra parte, el nivel socioeconómico resulta ser un determinante social de la salud materno infantil relevante y frecuentemente estudiado. Tanto los factores de vivencias materiales, la educación, los ingresos, la ocupación y la jerarquía social son parte del estatus socioeconómico de la persona tienen efecto en la salud de la sociedad en general (Álvarez, 2009, p.76; Vallenias, 2009, p.87; Lip & Rocabado, 2005, p.26; OMS, 2010, p.27). En primer lugar, los factores de

vivencias materiales incluyen la vivienda (calidad y estructura), la alimentación, y el saneamiento (Villar, 2007, p.9; Yon, 2016, pp.22-23). Dichos factores generan un impacto en el desarrollo de los individuos, en específico en su calidad de vida (Raphael, 2006, p. 657). En segundo lugar, la educación es uno de los determinantes sociales de salud materno infantil más importantes en la literatura, en tanto mayor el nivel educativo de la madre, mayor su estado de salud y la de sus hijos a futuro (Lip & Rocabado, 2005, p.49; Beltrán, 2000). Esto se debe principalmente a que la educación promueve el conocimiento de los problemas y control sobre la vida, que a su vez incrementa la probabilidad de tener una seguridad laboral y mayores ingresos (Lip & Rocabado, 2005, p.49; Canada Health, 2000, p.18). Según la OMS, el determinante educativo captura la característica socioeconómica brindada por los padres hacia los individuos adultos basada en la ocupación y los ingresos; como también tiene efecto en los funcionamientos cognitivos para tener mayor recepción de los mensajes de salud (2010, p.31).

En tercer lugar, los ingresos resultan ser un determinante de salud en general, en tanto limita la falta de recursos para hacer frente a una enfermedad y tiene efecto en el contexto y los estilos de vida que llevan los individuos posicionando a la salud muy por debajo en la lista de prioridades para la familia (Álvarez, 2009, p.74). Cabe señalar, que los ingresos resultan ser determinantes sociales de la salud relevantes en tanto las personas con mayores ingresos tienen mayor probabilidad de vivir más tiempo y mejor frente a aquellas que no cuentan con el factor dinero (Lip & Rocabado, 2005, p.26; Canada Health, 2000, p.84; OMS, 2010, p.30). Ello genera desigualdades sociales en la salud que poseen los individuos, regiones, y países; y ello se manifiesta claramente en la estructura social en tanto países más pobres presentan mayores problemas de salud (Álvarez, 2009, p.73).

En cuarto lugar, el empleo u ocupación es otro factor social de la salud en tanto está asociado al ingreso que establece un vínculo directo entre recursos monetarios y estándar de vida saludable, como también al acceso y a las redes sociales laborales que afectan los resultados de salud (OMS, 2010, p.32; Kelly et al., 2006, p.80). Generalmente la ocupación se asocia al bienestar económico

a partir de una clase social determinada que impulsa una mejor calidad de vida en la que se desenvuelve la familia. Sin embargo, es necesario mencionar que el vínculo con la salud también se analiza considerando los distintos sectores económicos y las condiciones formales e informales, siendo estas últimas la de especial atención ya que pueden estar fuera de la regulación de salud a pesar de que fomentan ingresos laborales (Irwin et al., 2006, p.751). Ello se corresponde con la salud materno infantil en tanto muchas madres son jefas de hogar, y todo el peso del cuidado de sus hijos recae en ellas y en sus opciones laborales. Frecuentemente la ocupación está asociada con la posición social que es también otro determinante social de la salud siempre que la jerarquía social es percibida como un factor que implica la tenencia o no de condiciones de salud (Lip & Rocabado, 2005, pp.34-35; Wilkinson, 1997, p.591), mientras mayor la jerarquía en la estructura social, mejor salud se posee (Marmot, 1986). Dicha jerarquía juega un rol importante en la percepción y experiencia de la salud puesto que generalmente se mantienen las desigualdades económicas, sociales y políticas que posicionan a los que menos tienen en la cola del desarrollo, lo que genera un efecto en el comportamiento de los individuos basado en la debilitación de las estructuras comunales y el desagrado por las redes de apoyo (Raphael, 2006, pp.657-659, OMS, 2010, p.33).

Finalmente, el factor cultural gira alrededor de la salud materno infantil y en específico del bienestar nutricional (Del Pino et al., 2012, p.10). El factor cultural es definido como las creencias y expectativas relacionadas a los modelos de género como características de la identidad en una cultura determinada (Pallares, 2012, p.191). En tanto los individuos necesitan colectivos que conformar la sociedad, a partir de ellos se crea la cultura. Necesitamos de ella para ser parte, adaptarnos a un medio integral y para dominar también. Siendo que dentro de la cultura se forman las identidades desde la perspectiva del otro. Generalmente los estudios de la salud materno infantil en el Perú se analiza a nivel nacional, por lo que no exploran las características locales y particulares que se pueden manifestar en los grupos de diversas culturas existentes en el Perú. Ello implica que para la comprensión de la salud en las diversas culturas se requiere, desde las políticas públicas, una adopción de políticas de interculturalidad (Tubino, 2015).

Un ejemplo del desencuentro cultural y del pre-juicio del personal de la salud occidental está expresado en Del Pino et al. a partir de un primer encuentro con la desnutrición crónica infantil en cuatro comunidades de Ayacucho, donde la causa más resaltante de la condición se basó en el argumento del “descuido” por parte de las madres para con sus hijos (2012, p.12, 127) lo cual evidencia la individualización del problema social que sobrecarga a la madre en el trabajo del hogar. Los autores encontraron que este era un discurso generalizado utilizado por representantes del sector salud, educación, y líderes comunales (Del Pino, 2012, p.13). Ello se encuentra alejado de la realidad si no se incide en el entendimiento de las condiciones que llevan a las familias a tener hijos desnutridos (Del Pino et al., 2012, p.13, 128) en tanto el trabajo de campo permitió asociar la condición de desnutrición crónica al aprendizaje de las familias, la precariedad económica (Del Pino et al., 2012, p.13, 132), como también se encontró una centralidad del niño en la vida de las familias, donde su cuidado junto con el de la madre, resultaba ser muy importante y además permitía una interacción entre la salud tradicional hegemónica y la salud local basada en su propia cultura, y creencias (Del Pino et al., 2012, p.13, 87).

En dicho encuentro, las políticas interculturales de salud adoptan relevancia. Sin embargo, en el Perú las mismas surgieron como una apuesta estatal y no como una revalorización cultural. La interculturalidad en salud es sinónimo de sinergia, un inter-aprendizaje que es socialmente eficaz y humanamente justo para las poblaciones. Como también la inclusión de las modalidades de partos locales, como el parto vertical en la sierra peruana puede contribuir a la reducción de las brechas culturales mejorando la percepción de la población sobre la salud hegemónica (Hernández, 2012, p.17) No obstante, en la práctica persisten las tensiones entre la concepción hegemónica de la salud tradicional y la salud local, en tanto en lugar de reconocer los saberes locales en salud son censurados desde el conocimiento biomédico por las instituciones de la salud pública (Del Pino et al., 2012, p.88). Yon (2013) indica que si bien los países cuentan con el conocimiento técnico sanitario relacionado a los pueblos indígenas, en la práctica las instancias no cuentan con personal de salud capacitado interculturalmente, ni la participación de los pueblos involucrados en la toma de

decisiones, ni el apoyo político ni el presupuestal (p.10). Lo cual perpetúa las brechas de la salud tradicional y local.

Dicho conocimiento sobre la vida y en específico sobre la salud es estudiado desde la antropología médica para comprender las relaciones de poder, los contextos sociales y culturales que rigen los determinantes de la salud, y explicar cuáles son los potenciales individuos vulnerables antes las dificultades de salud y sus conductas (Yon, 2015, pp.15). A partir de ello se toman en cuenta las vivencias de los individuos y sus percepciones sobre el riesgo y la prevención de la salud (Yon, 2015, pp.14). Considerando además que para Good (1994) el conocimiento en mención es descriptivo y esencialmente cultural.

Los estudios de la antropología médica surgen para buscar las principales causas de la desigualdad de salud entre los pueblos indígenas y la población (Lasso, 2012, p.124). En el caso de la salud materna es relevante comprender las diferentes cosmovisiones de la salud y la cultura para poder fomentar la coexistencia de dichas cosmovisiones en un espacio intercultural (Lasso, 2012 ; Lerín, 2010). Más aún cuando, según Lasso (2012), existe una tendencia a que las madres embarazadas oculten información a los servidores de salud respecto a sus prácticas alimenticias y nutricionales, ya que predomina su comportamiento basado en creencias y tradiciones culturales (p. 125). Por ello, llevar a cabo círculos entre profesionales de la salud y las madres gestantes puede resultar beneficioso en la generación de un diálogo intercultural que contribuya al proceso de salud, que surge además como un encuentro entre culturas (Onghena, 2002; Vicente, 2017). A partir de ello se crea un vínculo médico-paciente, donde el médico recoge información de las creencias de la población y las transforma en recomendaciones médicas que son viables dentro del sistema (Lasso, 2012; Rouvier et al., 2011).

Como se explicó anteriormente, los factores sociales de salud materno infantil están orientados a entender qué determina que las madres y los hijos tengan buena salud para luego comprender los mecanismos de transmisión entre el paquete integrado de servicios a la gestante y la salud de las madres y los hijos. Se ha podido comprender que dichos determinantes tienen como punto de inicio

a las características de la madre para generar salud que luego será transmitida a los hijos a través de los canales verticales de salud, los cuales se analizan a continuación.

En términos generales, Bird (2007) citando a Keiser (2004) menciona que en Estados Unidos se encontró que la estructura familiar durante la niñez configura el bienestar y los logros durante el crecimiento de los niños hasta llegar a su adultez (p.11). Asimismo, que familias cuya madre era jefe de familia tienden a tener bajos ingresos e hijos con menor desempeño y logro escolar (Bird, 2007, p.12). En la misma línea, Bird (2007) argumenta que los hogares a la que tienen como jefe de familia a la madre, presentan altos ratios de dependencia, los cuales están asociados a la pobreza monetaria y al desarrollo humano (p.12). Por ejemplo, los costos que implica el cuidado de la salud en hogares con ratios de dependencia altos, son suficientes para asegurar la persistencia de la pobreza severa, y ser la causa de una mala salud (Bird, 2007, p.13; Bhargava et al., 2005).

Algunos autores mencionan que la educación es importante pues madres con alto nivel educativo presentan mayor probabilidad de enviar a sus hijos a la escuela; mientras que aquellas con bajos niveles, se asocian a hogares pobres con alto riesgo de malnutrición, y pobres prácticas de salud (Bird, 2007, p.13; Salas, 2005). Christiaensen y Alderman (2004) realizan un estudio para Etiopía y encuentran que la educación materna es un elemento clave para superar los problemas de salud, en tanto la educación transfiere directamente conocimientos de salud a las futuras madres, y además puede incrementar la capacidad de las madres a diagnosticar y tratar dichos problemas en sus hijos (p.287). Asimismo, según Bird (2007), los adultos educados tienden a estar más saludables y a tener hijos con bajos niveles de mortalidad y morbilidad infantil (p.13). Ello asociado con que, para 16 países en Latinoamérica se encontró que niños nacidos en hogares con bajos ingresos, y padres con poca o ninguna escolarización, generalmente tienen mayores desventajas en alcanzar su potencial humano o crecimiento personal (Romero y Pereira, 2011, p. 79) comparados con aquellos niños nacidos en hogares con mayores ingresos y padres educados (Aldaz-Carroll y Morán, 2001, p.165).

Ahora bien, la literatura médica ha estudiado la transmisión de enfermedades de salud de la madre al hijo, en diversas etapas de la vida, principalmente antes, durante y después del parto. Se encuentran tres canales de transmisión directos: el VIH, las enfermedades infecciosas, y la anemia materna, los mismos que se explicarán a continuación.

Existen estudios que han demostrado que el uso de antirretrovirales combinados durante el periodo prenatal, intraparto y de lactancia en mujeres que tienen infecciones por el VIH, puede reducir la tasa de infección por VIH en los bebés de al menos el 5 por ciento, en tanto existiese una transmisión madre-hijo del virus (Abimpaye et al., 2018; Chi et al., 2014; Deschamps et al., 2009; ONUSIDA, 1997; y Huamán et al., 2017). Asimismo, según ONUSIDA (1997), el VIH puede ser transmitido con mayor frecuencia durante el parto, en tanto dos tercios de las transmisiones ocurren en dicho periodo; también se percibe una alta tasa de transmisión a través del amamantamiento natural.

En el caso peruano se realizó un estudio para madres awajún y wampis en la región de Amazonas, donde se estudió la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH (Huamán et al., 2017). Se encontró que las madres gestantes que tienen VIH y que además no llevan un tratamiento para combatir el virus, poseen una tasa de transmisión entre 15 y 40 por ciento hacia sus hijos (Huamán et al., 2017, p.628). De dicha tasa, los autores estiman que aproximadamente el 20 por ciento se produce antes de las 36 semanas de gestación, un 50 por ciento se produce previo al parto, y un 30 por ciento durante el parto⁹. Asimismo, el estudio hace referencia al riesgo de transmisión por la leche materna de entre 30 y 40 por ciento (Huamán et al., 2017, p.628).

⁹ De igual manera, es importante recalcar que existe vulnerabilidad femenina ante el VIH, principalmente favorecidas por las relaciones de género (Herrera & Campero, 2002, p. 554). Respecto a la vulnerabilidad biológica Herrera y Campero indican que en la relaciones heterosexuales son las mujeres más vulnerables (de 2 a 4 veces) a contraer la infección que los hombres debido a la exposición del virus (2002, p.556). Mientras que respecto a la vulnerabilidad por el género, la transmisión es reforzada por las diferencias en poder, empoderamiento, visibilidad social, violencia, entre otras (Herrera, 2002 & Campero, p. 555)

Sobre este último punto, diversos autores coinciden en que la leche materna es un vehículo de enfermedades y virus de la madre hacia el hijo (García et al., 2015; Huamán et al., 2017; ONUSIDA, 1997). Es común que los niños adquieran agentes virales mediante la leche materna, lo cual puede generar diversas implicaciones clínicas asociadas al malestar o posibles problemas de salud futuros. La leche materna ha sido estudiada y comprendida en la literatura médica, como un vehículo de nutrientes y alimentación, pero a su vez, también de enfermedades infecciosas (García et al., 2015; Vial y Prado, 1993; y Menzies et al., 2014). García et al. (2015) encuentran que los principales mecanismos de transmisión durante la lactancia, son las secreciones respiratorias, la primoinfección del VIH en periodo posnatal, Virus linfotrópicos humanos de células T, citomegalovirus, hepatitis A, B y C, Virus del herpes simple tipos 1 y 2, y Virus de la varicela Zóster (p.5).

Otros estudios indican que, durante el embarazo, trabajo de parto, y posparto, la madre está expuesta a distintas infecciones como la clamidia, sífilis, hepatitis b y c, entre otras, las mismas que pueden producir enfermedades en el feto y el recién nacido (Abarca, 2003; Valdés et al., 2002; Brabin, 1985; Ávila et al., 2016). Este tipo de enfermedades son conocidas comúnmente en la literatura médica como infecciones de transmisión vertical. En la misma línea, Brabin (1985) encuentra que aparentemente no existe una etapa de la vida fetal, desde la gestación temprana en adelante, en la cual la infección no pueda resultar en un niño congénitamente afectado (p.592). Además, la frecuencia de la infección congénita parece variar con la edad gestacional en la que ocurre. Ello es importante, pues Lenahan et al. (2018) concluyen en su estudio para Nepal, que los bebés que nacen pequeños para la edad gestacional determinada, tienen un mayor riesgo de crecimiento deficiente y muerte prematura, particularmente en los países en desarrollo. Los principales motivos de dicha problemática incluyen a la desnutrición materna, el uso de drogas o alcohol durante el embarazo, una infección intrauterina en la madre, la anemia materna o la hipertensión durante el embarazo (Lenahan et al., 2018, p.1347).

Asimismo, la literatura médica concluye que la transmisión vertical de enfermedades infecciosas genera una susceptibilidad y vulnerabilidad en los

niños en el ámbito clínico, inmunológico y epidemiológico (Brabin, 1985; Valdés et al., 2002; y Vial y Prado, 1993). Es decir, madres que están enfermas pueden generar un detrimento en la vida de sus hijos y en su desarrollo futuro; siendo las enfermedades infecciosas más frecuentes las siguientes: rubéola, citomegalovirus, herpes simple, varicela, hepatitis B, VIH, parvovirus b19, y enterovirus (Vial y Prado, 1993).

También destaca un canal de transmisión a partir de la alimentación de la gestante. Por ejemplo, hay estudios que demuestran que los bebés nacen pequeños y desnutridos debido a la anemia materna durante la gestación (Lenahan et al., 2018; Victora et al., 2008). Sobre ello, Beltrán y Seinfeld (2011) argumentan en un estudio sobre desnutrición crónica infantil para el 2011 en Perú, que cuando las madres padecen de anemia, la prevalencia de desnutrición crónica del niño es el doble que cuando no padecen, donde además dicha prevalencia también es mayor entre los niños que nacen en familias numerosas (p.13).

Es decir, hay evidencia médica de que existe una asociación directa entre la hemoglobina materna durante la gestación y el peso al nacer del niño (Restrepo & Parra, 2009, p. 180). Específicamente, autores como Restrepo y Parra (2009) determinan que la anemia materna es un factor de riesgo para el parto (p.183), en tanto se ha hallado que altos valores de anemia en la madre tienen efecto negativo en el crecimiento fetal y el peso en el bebé después del parto (Siegarriz, et al., 2006; Restrepo & Parra, 2009). Ello es importante, pues el bajo peso al nacer del niño es considerado como un factor de riesgo en la desnutrición crónica; por ejemplo, el estudio de Velázquez et al. (1998) en Cuba, determinó que niños con un menor peso durante el nacimiento corren un riesgo de ser 5 veces más desnutridos con respecto a aquellos que nacen con un peso adecuado (p.84). En ese sentido, la anemia materna es un canal de transmisión de salud infantil, que tiene como consecuencia la desnutrición del niño, que generalmente comienza durante la gestación o después del nacimiento, y prevalece con distintas intensidades hasta los 2 o 3 años de vida, sin ignorar que también puede manifestarse en otras edades (Pollitt, 1999, pp.5-6).

Según Anderson et al. (2016, p.54) la anemia materna y la desnutrición infantil son dos problemas de salud muy recurrentes en la literatura. En muchas ocasiones ambas condiciones de salud se manifiestan, en algunos casos, por el consumo de determinados alimentos que puede verse influido por el clima y las circunstancias locales (Anderson et al., 2016, p.54; Valladares, 2006). Este último punto se da con mayor frecuencia en las poblaciones indígenas. Sin embargo, la desnutrición crónica infantil no es vista en estas poblaciones como un problema colectivo y generalizado (Anderson et al., 2016, p.262).

Entonces, el papel que juega la madre resulta muy relevante, pues ella “retroalimenta el proceso nutritivo y, en general, de desarrollo humano” a través de su educación adecuada (Iguíñiz, 2002, p.5), pero también de su salud, pues gestantes mejor cuidadas y controladas por los servicios de salud, dan lugar a niños más sanos a futuro. En ese sentido, como se mencionó anteriormente, la relación salud entre madre e hijo se puede manifestar por medio de la transmisión del VIH, las infecciones, y la anemia, principalmente. Dado que la presente investigación estudia la transmisión de la salud materno infantil, es necesario contemplar una asociación en salud para tanto la madre como el hijo. Es por ello, que dada la disponibilidad de los datos estadísticos en el caso peruano, se selecciona el componente de anemia en la madre conjuntamente con la desnutrición crónica infantil.

Ahora bien, dado que el presente documento tiene como objetivo analizar una política pública en salud materno infantil a la luz del Enfoque de Capacidades, es necesario introducir un concepto nuevo que permita evaluar con otra mirada el paquete integrado de servicios a la gestante. Como se mencionó anteriormente, estudios de economía de la salud, y en general de desarrollo no se han enfocado en la importancia, como fines del desarrollo, de la madre con la misma magnitud que en los niños; entonces, es necesario analizarla desde el Enfoque de Capacidades a partir del concepto de “funcionamientos fértiles conjuntos”, el mismo que permitirá entender la relación estrecha entre la madre y el hijo, aterrizándolo en la transmisión de salud dinámica entre funcionamientos de la madre asociados a funcionamientos del hijo.

3. Marco Conceptual

En la presente sección se discute el marco conceptual de esta investigación que permitirá entender la aproximación del estudio de la salud materno infantil como un funcionamiento fértil conjunto. En ese sentido, la sección se divide de la siguiente forma: a. Enfoque de Capacidades y Salud, b. Funcionamientos Fértiles Conjuntos, c. Enfoque de Capacidades y Enfoque de Género aplicado al estudio de la salud vinculado al Enfoque de Determinantes Sociales, y d. La Salud Materno Infantil como Funcionamiento Fértil Conjunto.

a. Enfoque de Capacidades y Salud

Los individuos se caracterizan por poseer capacidades que son entendidas como combinaciones de funcionamientos de una persona (Sen, 2000, p.99). Es decir, la capacidad es, según Sen (2000), una libertad para conseguir determinadas combinaciones de funcionamientos, definidos como los diversos “ser” y “hacer” que un individuo puede valorar y tener razones para valorar, que le permitan a uno alcanzar los diferentes estilos de vida que valora. Entonces, dichas combinaciones son el reflejo de los logros de una persona y la libertad que posee para conseguirlos. En esta investigación será de utilidad discutir las capacidades, específicamente en el ámbito de la salud, puesto que el PISG a evaluarse, es un paquete de servicios de salud.

La capacidad de salud¹⁰ consiste en la habilidad individual para alcanzar buena salud y evitar la morbilidad y la muerte prematura (Ruger, 2006, p.436). Ello tiene implicancias para las políticas públicas, ya que dicha capacidad enfatiza la necesidad de evaluación de la política en salud en un contexto político más amplio que incluya el entendimiento de la justicia social, donde la salud sea medida en relación a otros fines sociales; por ello, el cuidado de la misma debe

¹⁰Aristóteles en su filosofía política argumenta que la capacidad de tener salud tiene importancia moral, en tanto es un fin de la actividad política y social. Respecto a ello, Ruger (2006) argumenta que esto se enmarca en el florecimiento humano de Aristóteles, donde la salud establece ciertos aspectos, ya que el estar vivo permite que los funcionamientos sean posibles, incluyendo la agencia y la habilidad de llevar una vida que tenemos razones para valorar (p.436).

ser garantizado (Ruger, 2006, p.437). Esto es distinto a la salud como concepto general, la misma que nunca puede ser garantizada en su totalidad.

DeJong plantea, que tanto Sen¹¹ como Nussbaum¹² aluden a la salud como aquella capacidad de importancia intrínseca, como también instrumental a otras capacidades (2003, p.15). Asimismo, hay una identificación de la importancia de la salud como parte de la justicia social (Sen, 2002; y Venkatapuram, 2011), reconociendo que no solo los funcionamientos –ser saludable- son de relevancia, sino también el entender los procesos sociales; por ejemplo, la discriminación en el cuidado de salud es relevante sin importar cuales fueron los funcionamientos. Además, hay un interés importante en el proceso de generarla, puesto que cada persona otorga un peso determinado a su salud, según lo que valora y tiene razones para valorar, en contraposición a otras dimensiones de su vida (Ariana y Naveed, 2009, p. 234; y Comim et al., 2011).

Por otro lado, Nussbaum (2007) se refiere a la salud¹³ como una capacidad central del ser humano, dentro de la cual se enmarca el derecho a la salud, y se posibilita la posterior conceptualización de la misma como una metacapacidad (Vekatapuram, 2011; y Peñaranda, 2015, p.991). Es decir, como una capacidad para alcanzar oportunidades y logros (que se interrelacionan entre sí) que le permitan a un individuo alcanzar una vida digna.

A partir del entendimiento de la capacidad en salud, se estudia la salud materno infantil, la misma que será el eje central para la presente investigación. Para abordarla, se debe reconocer las implicancias de la misma a nivel intergeneracional, en tanto la relación de la madre y el hijo surge de una premisa

¹¹Sen (2000) se aleja del enfoque de desarrollo visto en el aspecto económico, para formular un enfoque de desarrollo como ampliación de capacidades, siendo la capacidad una manera para entender la libertad, que se asocia a su vez con las habilidades y dotaciones enmarcado en un contexto y realidad particular.

¹²Nussbaum (2012) plantea el concepto de vida digna, donde cada individuo es un fin en sí mismo y está en constante búsqueda de su florecimiento humano. En ese contexto, se pregunta cuáles son los haceres (doings) y seres (beings) de los seres humanos, y qué les ha dado la sociedad como oportunidades reales para su realización y alcance de su bienestar individual (Nussbaum, 2012).

¹³Específicamente a la salud corporal –poder tener buena salud-, y a la integridad corporal – poder moverse libremente.

de transmisión de salud desde que la madre está gestando hasta que el niño alcanza una edad donde aún depende de la misma. Por otro lado, los estudios de desarrollo y economía de la salud se han orientado a la comprensión del efecto de la salud materno infantil sobre el desarrollo cognitivo, físico, y social del niño, perdiendo de vista a la madre, al padre y los determinantes sociales. Es por esto que se realiza una revisión de la literatura médica, para comprender la relación de ambos individuos en el ámbito de la salud.

b. Funcionamientos Fértiles Conjuntos

La literatura sobre “Joint Capabilities” o capacidades conjuntas es limitada al ser un concepto nuevo propuesto por Kia Hall en 2016. La autora se nutre de la literatura de las capacidades colectivas y propone un concepto distinto, el de capacidades conjuntas, entendido como una categoría de capacidades existente entre individuos y colectividades impersonales más amplias, donde dichas capacidades incorporan grupos que actúan como una unidad y se relacionan entre sí a partir de relaciones interpersonales (Hall, 2016, p. 1-2).

Hall (2016) cita a Ibrahim (2006) quien define el término de capacidades colectivas como aquellas capacidades logradas en virtud del involucramiento de los individuos en una acción colectiva, o por pertenecer a una red social que les permite alcanzar la vida que valoran (p.9). Asimismo, Hall (2016) pone en discusión los diferentes usos del concepto de capacidades colectivas. Para ello, cita a Evans (2002) quien se centra en la acción colectiva para los menos privilegiados, que pueden desarrollarse haciendo uso de su libertad para accionar de forma colectiva; ello se ejemplifica con Stewart (2005) quien afirma que la asociación de pobres es importante en tanto genera logros significativos para la vida (Hall, 2016, p.9). Por otro lado, Hall (2016) hace mención a Micheletti (2003) quien formula el concepto de acción colectiva individualizada, como una forma de participación ciudadana que mezcla el interés individual y el bien de todos (p.9).

Ahora bien, las objeciones a dicho concepto recaen en que este excluye intereses individuales, que no todos los individuos se benefician por igual, y que

promueve estructuras patriarcales que maquillan desbalances de poder. Es por ello, que su contribución se sustenta en las oportunidades y la agencia de las familias, las cuales se forman a través de un compromiso conjunto con objetivos compartidos donde las capacidades conjuntas son oportunidades disponibles mediante dichas estructuras familiares, que tienen sus raíces en la relación interpersonal (Hall, 2016, p. 9).

La unidad de análisis que utiliza Hall (2016) es el grupo de fabricantes artesanales de ereba –plato tradicional de Honduras- en la comunidad Garifuna. Según la autora las capacidades conjuntas se valoran en común, mantienen el significado cultural y desarrollo de este conjunto –fabricantes artesanales-, y son analizadas como un todo (Hall, 2016, p.11). En ese sentido, Hall (2016) al incluir las capacidades conjuntas en el Enfoque de Capacidades proporciona una comprensión de cómo las comunidades están involucrando oportunidades de desarrollo (p.11). Dicho concepto se puede extrapolar a la relación conjunta madre-hijo, a un nivel individual como si fueran uno solo, en tanto las capacidades se buscan en beneficio a dicha unidad familiar.

El segundo concepto que se utilizará en la presente investigación es el de “Fertile Functionings” o funcionamientos fértiles. Broady (2014) define a los funcionamientos fértiles como funcionamientos que ayudan a los individuos a alcanzar otros funcionamientos importantes (p.45). Mientras que Wolff (2015) define a los funcionamientos fértiles como algo para lo cual la posesión de los mismos probablemente tenga efectos positivos en otros lugares (p.221). De igual forma, Boland y Kavanagh (2009) caracterizan a los funcionamientos fértiles como aquellos elementos que pueden dar lugar a mejoras en otras áreas de la vida (p. 29).

El concepto de funcionamientos fértiles nace junto al de desventaja corrosiva –desventajas que dan lugar a una nueva espiral de privación que afecta muchos aspectos de la vida (Boland y Kavanagh, 2009, p. 29)- en el trabajo de Wolff y de-Shalit (2007) como respuesta al libro “Crear Capacidades” de Martha Nussbaum. La idea central es que el Estado mínimamente genere funcionamientos fértiles y reduzca las desventajas corrosivas, dado que Martha

Nussbaum en su lista de 10 capacidades –que ella plantea como universal- debe presentar fundaciones constitucionales para cada nación (Fennell, 2013, p.168).

En ese sentido, a partir de ambos términos se propone el concepto de “Joint Fertile Functionings” o funcionamientos fértiles conjuntos, para referirse a la salud materno infantil en edades tempranas. En este caso, la fertilidad no se entiende en el sentido de reproducción biológica de la madre, sino más bien en el sentido que proponen Wolff y de-Shalit –como se mencionó anteriormente- en contraposición a la desventaja corrosiva. A partir de ello, la dupla debe evaluarse conjuntamente debido a la especial asociación existente entre los funcionamientos de la madre y los funcionamientos del hijo. Se debe tener en cuenta que este tipo de funcionamientos son tan especiales que deben ser estudiados conjuntamente, sin perder de vista que los sujetos de preocupación moral son la madre como el hijo, dos individuos distintos. Pero que además, el conjunto se refiere a los funcionamientos de salud de la madre y el hijo, porque es en ellos donde se manifiesta la dupla. Lo cual se evidencia en la literatura médica, donde se encuentran diversos canales de transmisión de salud entre la madre y el hijo, de los cuales, debido a la disponibilidad de datos se va a explorar empíricamente dicha relación enfocándonos en la anemia materna y la desnutrición crónica infantil.

c. Enfoque de Capacidades y Enfoque de Género aplicado al estudio de la salud

La presente investigación toma el papel de la mujer como relevante y significativo no solo para la salud de sus hijos sino también su propia salud, reconociéndose su importancia intrínseca como ser humano de valor. Generalmente los estudios de salud materno infantil, como ya se mencionó anteriormente, posicionan a la mujer como un medio para alcanzar fines y logros de salud en los hijos. Las políticas públicas y, con más especificidad, los servicios como los que brinda el paquete integrado de servicios a la gestante se enfocan en las madres por su componente biológico (transmisión de salud con sus hijos), pero también por su componente social donde la madre adopta roles de género basados en el cuidado de los hijos. Es por ello que resulta relevante entender cómo el Enfoque

de Capacidades puede dialogar con el Enfoque de Género para comprender estos temas. De cuya conceptualización se estudia la identificación de roles, y las relaciones sociales de desigualdad y poder.

Una de las autoras que más han estudiado dicho diálogo es Ingrid Robeyns (2003) quien propone una lista de dimensiones para conceptualizar y evaluar las desigualdades existentes en género de diversas sociedades de occidente. De las cuales, en el marco de la salud materno infantil, son tres las capacidades propuestas con mayor relevancia para este estudio: “Vida y salud física”, “Conocimiento y educación”, y “Trabajo doméstico y cuidado no comercial”. Respecto a la primera, Robeyns indica que esta tiene dos dimensiones basadas en poder nacer y vivir una vida larga y saludable. Teniendo en cuenta que la esperanza de vida para las mujeres es más alta que la de los hombres, la brecha favorable hacia las mujeres pone en discusión si se trata de una injusta desigualdad para los hombres; sobre la cual Robeyns citando a Sen (2001) indica que una discriminación contra la mujer en el sistema de salud, para acortar la brecha mencionada, violaría la equidad respecto a la redistribución de servicios de salud (2003, p.77). Sin tener en cuenta que las mujeres están más propensas a experimentar enfermedades que los hombres, y que además su potencial rol reproductivo puede generar diferencias de género respecto a la morbilidad. Esto se evidencia en el ámbito urbano como en el rural, a lo que se suman inequidades que afectan particularmente a las mujeres rurales (Yon, 2013, p.9).

La segunda capacidad propuesta por Robeyns que considero relevante para la discusión entre el Enfoque de Capacidades y el Enfoque de Género es la de “Conocimiento y Educación”. Según Robeyns, las normas sociales de género dificultan a las mujeres a tener conocimiento sobre las oportunidades reales respecto al acceso a la educación formal (2003, p.79). Aún en las sociedades occidentales los padres consideran más probable enviar a los niños a la escuela frente a las niñas pues ello asegurará más y mejores trabajos a futuro (Chattier, 2012, p.74). Dicha falta de conocimiento se traslapa al escenario de la vida cotidiana y la salud, pues es el desconocimiento que lleva a que las mujeres en

su vida adulta no sepan utilizar los servicios de salud formal y que en algunos casos ignoren su existencia y disponibilidad para su cuidado y el de sus familias.

El conocimiento de la planificación familiar resulta relevante, pues repercutirá directamente en el cuidado de los hijos a futuro, pues existe evidencia de que mientras mayor exposición tengan los individuos a la planificación familiar menor cantidad de hijos tendrán (European Commission, 2016, p.26; Valdivia, 2006). Y como además este tipo de programas y políticas de salud están orientados a las mujeres, se encuentra que por lo general las que acceden a los mismos tienden a tener mayores niveles de educación, más oportunidades laborales, y un nivel socioeconómico más alto (Valdivia, 2006, p.25-26). Ello se corresponde con las características de las madres que acceden al paquete de servicios a la gestante quienes tienen mayores niveles educativos, y mayor nivel de riqueza. Entonces cuando existen programas de planificación familiar los derechos reproductivos se ejercen con mayor igualdad (Valdivia, 2006, p.28). Esto contribuye al empoderamiento de las mujeres, de manera que les permite ajustar sus deseos a la fecundidad según sus decisiones personales (Valdivia, 2006, p.29).

La séptima capacidad propuesta por Robeyns “Trabajo doméstico y cuidado no comercial”, y relevante para este documento, toma en cuenta que el cuidado de los niños y otros dependientes está claramente orientado a la mujer, generándose una desigualdad de género en el cuidado no comercial de los niños y el trabajo doméstico (2003, p.80). La madre asume un rol de género de cuidadora de los hijos, el mismo que por ejemplo es validado por ciertos programas sociales y de salud donde la madre es responsable por la educación, la nutrición, los controles del niño, entre otros. Este punto es discutido por el Enfoque de Capacidades que recalca que el bienestar de la mujer no puede verse subsumido bajo el concepto del hogar, sino que ella por sí misma es importante sin negar las relaciones que forma con los miembros de su familia, en este caso sus hijos (Chattier, 2012, p.76). Ya que muchas de las desigualdades se manifiestan intrafamiliarmente en lo que respecta a la distribución de las tareas y el cuidado (Kabeer, 1991; Chattier, 2012; Kumar & Shukla, 2017; Yon, 2013, p.12).

Por lo que “En sociedades machistas, el cuidado de los hijos tiene altos costos para las mujeres, en términos de su tiempo...” (Valdivia, 2006, p.22). Estos patrones están asociados a las inequidades de género, donde además prevalecen las concepciones binarias en donde el rol de la mujer queda relegado a la reproducción y al cuidado del hogar (Stromquist, 2006). Pero también es parte de las connotaciones culturales. Por ejemplo, Anderson (2016) menciona que para los Asháninkas las madres son las que se encargan de cuidar a los hijos, mientras que los padres son los supervisores del hogar (p.35). Lo cual ocurre de forma similar en diversas culturas.

Cuba Díaz y Presno (2013) mencionan la existencia de una ceguera de género presente en el sector salud, en especial –y el más tradicional- en la salud materno infantil, donde las mujeres son percibidas como responsables de la reproducción (p.232). Para ellas comprender los procesos de salud desde un punto de vista de género permite atender la figura de la mujer más allá de su rol reproductivo. Ya que con frecuencia su rol social ha sido confinado al espacio doméstico, privado y enmarcado en la vida familiar (Arenas et al., 2015, p.68).

Dicho proceso reproductivo recae en responsabilidades en la madre, dejando al hombre como un actor secundario. Sin embargo, si la salud se replantea desde una perspectiva de género, los hombres serían comprendidos como coautores del proceso reproductivo (Figuroa, 2007, p.4), y las políticas públicas deberán ser estimuladas para que los hombres asuman responsabilidad “[...] sobre su corporalidad y la de las otras personas” (Figuroa, 2007, p.4). Entonces, la salud reproductiva no solo responde a la salud de las madres, sino tiene también implicancias en su vida (Valdivia, 2006, p.22). Teniendo en cuenta que el género es una construcción desde una mirada más cultural, por lo que el conocimiento del cuerpo, la capacidad de tener salud y la decisión de la reproducción resultan en la valoración del ser, entonces el Enfoque de Género juega una cuota importante en la composición de la salud materno infantil, pues brinda factores que afectan los componentes del espacio evaluativo y permiten comprender elementos que deberían dar forma a la configuración actual de las políticas de salud, como los son la figura del padre y su rol responsable al cuidado del hijo.

Dicha identificación de roles asociados a la mujer es importante para la comprensión y conceptualización del Enfoque de Género; sin embargo, este no se reduce a ello. Por lo cual, es relevante comprender las relaciones sociales de desigualdad y poder que surgen en la vinculación del género y la salud. En ese sentido, tal enfoque abarca tres dimensiones: 1. concepto de género, 2. relaciones de género, y 3. sistema de género (Ruiz Bravo, 1994). El concepto de género se enmarca en construcciones culturales, entre las que destacan los roles atribuidos a la mujer como cuidadora del hogar, mientras que el hombre es el proveedor económico de la familia donde ambos se manifiestan en espacios asociados a lo femenino (lo privado) y lo masculino (lo público) (Ruiz Bravo, 2018, p.5). En parte de dichas construcciones culturales se encuentran los atributos y características asociadas a los roles, sea la dulzura asociada a lo femenino, y la fuerza a lo masculino (Ruiz Bravo, 2018, p.6).

Asimismo, el género surge, entre las primeras feministas americanas, como el rechazo al determinismo biológico expresado por la palabra “sexo”, para fomentar la comprensión tanto del hombre como de la mujer (Scott, 2013, p.266). La categoría género surge a partir de la pregunta por la desigualdad de los sexos, cuya diferencia sexual se transforma en desigualdad social (Scott, 2013, p.269). Donde la acepción más simple de “género” como sinónimo de “mujeres” resulta incipiente, ya que en dicha definición el género no implica desigualdad social ni de poder, pues no implica el análisis del otro (Scott, 2013, p.270).

En segundo lugar, las relaciones de género implican el entendimiento de aquellas relaciones que surgen a partir de las construcciones culturales entre hombres y mujeres. Relaciones que generalmente son de desigualdad, ya que todo lo asociado a lo femenino tiende a ser subvalorado y desvalorizado socialmente (Ruiz Bravo, 2018, p.8-9). Y claramente no se trata solo de desvalorización, sino también de posición de poder de uno frente al otro. Respecto a ello, el nuevo feminismo se pregunta acertadamente por qué la diferencia sexual implica desigualdad social (Lamas, 2013a, p.101). Donde la mujer está asociada a una connotación natural, mientras que al hombre se le asimila lo cultural, una diferencia / desigualdad contra la cual el feminismo se

levantó (Lamas, 2013a, p.102). Asimismo, a pesar de que se corroboró la igual importancia de las mujeres y los hombres como agentes sociales, la subordinación política de las mujeres persiste de cultura en cultura, sumado a ello la diferencia biológica entre sexos que coloca a las mujeres como “naturales” y evocadas a la maternidad y la familia (Lamas, 2013a, p.105).

Es entendible que cuando se tiene al Enfoque de Género, el estudio implica hacer consciente dicha desigualdad, y es a partir de tal reconocimiento que se plantean diversas alternativas para hacerle frente (Ruiz Bravo, 2018, p.1). Esto es importante, pues si bien el presente documento utiliza el Enfoque de Capacidades para evaluar la política de salud de las gestantes, la complementariedad con el Enfoque de Género permitirá adoptar de forma transversal la posición de las madres en la política de salud, considerando el binomio madre-hijo las desigualdades sociales entre hombres y mujeres se vuelven más fuertes en tanto el padre no es incluido como actor relevante y responsable del cuidado de los hijos. Parte del reconocimiento de dichas diferencias es debido al entendimiento del Enfoque de Género.

En tercer lugar, el Enfoque de Género abarca la dimensión del sistema de género que alude a normas modeladas por la sociedad (Ruiz Bravo, 2018, p.10). Sobre este punto, los sistemas de género son considerados como binarios, es decir, el hombre en oposición a la mujer en un orden de jerarquía (Conway, et al., 2013, pp.31-32). Estas oposiciones binarias ignoran los procesos sociales y culturales complejos.

d. La salud materno infantil como funcionamiento fértil conjunto

La investigación propone definir a un funcionamiento fértil conjunto, de manera general, como un logro necesario de un conjunto de individuos, para alcanzar un nivel mayor de bienestar a partir de la creación de un funcionamiento en otra dimensión de la vida del conjunto. Bajo dicha definición, la salud materno infantil en edades tempranas es un ejemplo particular de dicho concepto, en tanto el conjunto está compuesto por los funcionamientos en salud de la madre como los del hijo. En ese sentido, el conjunto se refiere a los funcionamientos que se

obtienen a partir de una dupla, orientándose la presente investigación al estudio conjunto de dichos funcionamientos. Es por ello que se acuña el concepto de funcionamiento fértil conjunto, para poder determinar los resultados del paquete integrado de servicios a la gestante, ya que es particular en tanto tiene características diferentes al común de capacidades y además se constituye como un objeto de valor dentro del espacio de evaluación brindado por el Enfoque de Capacidades.

En la subsección anterior se discutió que dichos funcionamientos se caracterizan por generar funcionamientos en otras dimensiones de la vida de un ser humano. Entonces, se recalca que la unidad conjunta desarrolla funcionamientos fértiles fundamentales para el desarrollo de su vida. La relación, según la literatura médica, puede ser explorada a partir de diversos canales como: transmisión del VIH, infecciones, anemia materna – desnutrición crónica infantil. Que por disponibilidad de los datos estadísticos en el caso peruano, se selecciona el componente de anemia en la madre conjuntamente con la desnutrición crónica infantil, dos indicadores característicos de la salud materno infantil.

La salud materno infantil puede entenderse como un funcionamiento fértil conjunto mediante la transmisión de salud de la madre hacia el hijo, que permitirá la mejora, en términos de salud, en la vida de ambos. No en el sentido de reproducción biológica, sino en la conceptualización de capacidades que se refuerzan entre sí, cuya fertilidad recae el logro de capacidades que contribuyen al logro de otras en diferentes dimensiones de la vida. Específicamente, en la relación de anemia materna-desnutrición crónica infantil se encuentra, a mediados del siglo XX, que un feto humano en desarrollo es relativamente inmune al estatus nutricional de la madre (Pollit, 1998, p.164). Hallazgo que fue discutible debido a la disponibilidad de datos, y a la propuesta de otros autores. Por ejemplo, Pollitt (1998) cita a Singer, Westphal y Niswander (1968) quienes encuentran que las restricciones intencionales¹⁴ en el tamaño de los niños puede ser alcanzado a través del control de la dieta consumida por la madre (p.164).

¹⁴Los autores establecen categorías divisorias para el tamaño de los niños, creando un grupo de niños “anormales” (Singer, J., Westphal, M., Niswander, K., 1968).

Asimismo, dicho autor considera que los niños pueden revertir el curso de sus vidas, a pesar de que se han desarrollado en un contexto no favorable durante la gestación de la madre y los primeros años de vida (Pollit, 1998). Es decir, Pollit (1998) es optimista sobre el futuro de los niños, donde el factor madre –como individuo intrínsecamente importante- juega un rol fundamental como agente retroalimentador del proceso nutritivo del hijo, que bajo el concepto de funcionamiento fértil conjunto, el buen estado alimenticio en la madre generó un funcionamiento asociado a la nutrición en el niño.

Por su parte, Bird (2007) indica que la nutrición y estado de salud de la madre y el niño son factores determinantes en la transferencia generacional de pobreza irreversible (p.vii). Las madres que están malnutridas usualmente dan a luz a bebés con bajo peso y talla al nacer, y con un riesgo a experimentar límites en su desarrollo físico y cognitivo, lo cual afecta su crecimiento y desempeño escolar (Bird, 2007, p.vii; Beltrán y Seinfeld, 2011). Esto se relaciona con el hecho de que las madres puedan o no acceder a los servicios de salud durante embarazo, parto o puerperio, pues el acceso a controlar activos productivos –en este caso, servicios de salud-, o acceso a la capacidad de controlarlos, contribuye a las condiciones iniciales de los hogares como de los individuos, lo cual puede causar trampas de pobreza, incentivar la aversión al riesgo, y la habilidad para superar contingencias y shocks externos. Mujeres que puedan acceder al goce de activos y servicios, tienen entonces mayor probabilidad de asegurar un futuro adecuado para sus hijos, y su familia en general.

Entonces, los niños desnutridos en el útero de la madre y durante su infancia, tienen mayor probabilidad de tener sistemas inmunes pobremente desarrollados, y un deterioro cognitivo irreversible (Bird, 2007, p.14). Esto entonces implica que los niños desnutridos sufren de diversas enfermedades, y se condenan a una trampa potencial de ciclo de desnutrición y enfermedad, que es probablemente irremediable si se manifiesta en edades tempranas, especialmente hasta los 36 meses de edad (Harper et al., 2003; Freedman et al., 2005; y Scrimshaw, 1997). Siendo la desnutrición crónica un ente de transmisión intergeneracional directo entre la madre y el hijo (UNU, 2000:23). Este punto es apoyado por Freedman et al. (2005) citando a Ramakrishnan (2004), quien menciona que la desnutrición

en la infancia temprana está fuertemente influenciada por el crecimiento fetal, y el bajo peso al nacer está determinado por asociaciones maternas (p.55).

Autores como Alderman et al. (2003) mencionan que la desnutrición infantil tiene relación con diversos factores en la cadena de desarrollo de los niños: estatura, ingreso a la escuela, fuerza, desarrollo cognitivo, aprendizaje y productividad (p.25). Respecto a ello, algunos autores argumentan que el desarrollo de los niños resulta importante para el Enfoque de Capacidades en tanto, el bajo desarrollo humano en los niños promueve transferencias intergeneracionales de pobreza, como también su bienestar tiene fuerte influencia en diversos aspectos futuros del desarrollo de los mismos, los cuales con frecuencia sufren formas irreversibles de fallos de capacidades en términos de desarrollo mental, físico, emocional, y espiritual (Comim et al., 2011, p.4; Ballet et al. 2011, p.38).

Asimismo, la discusión es relevante en el espacio del Enfoque de Capacidades, en tanto, estar bien nutrido para disfrutar una vida libre de hambruna es uno de los principales funcionamientos de los individuos (Oldiges, 2017, p.1). Según Oldiges (2017), lo mencionado se enmarca en el contexto del derecho a la alimentación establecido por las Naciones Unidas en 1999, en su Observación General No. 12, donde para el autor, se debe considerar que el acceso a la alimentación, o derecho a la capacidad de alimentarse, no es igual a la disponibilidad de la comida, además la Observación se preocupa por el derecho a alimentación adecuada y no solo a una cantidad de comida (Oldiges, 2017, p.1).

Dicho ello, el estudio de la salud materno infantil como un funcionamiento fértil conjunto tiene implicancias para la evaluación de programas y políticas que tienen como objetivo la mejora de la salud materno infantil. Principalmente porque el objeto de estudio se orienta a dos individuos por igual: la madre y el hijo. Ya que por lo general, el foco de atención se centra en el niño, y se asocia a la madre como un factor de producción de salud. Por ejemplo, el estudio de Popkin (2010) en 34 barrios rurales de Laguna, Filipinas plantea los efectos de la participación de las madres como un insumo en el cuidado alimenticio del niño, encontrándose que su participación en la dieta de los niños y su fuerza laboral

generan resultados impactantes en el estado nutricional de los mismos. Otro estudio a cargo de Barrera (1990), destaca el rol de las madres y su interacción con programas de salud públicos en la producción de salud en los niños. En ese caso, la participación de la madre se ejemplifica a través de su escolaridad. Se encuentra que, niños cuyas madres son más educadas, presentan mayores beneficios para su salud- (Barrera, 1990, p.88). En ese sentido, y según las implicancias de política señaladas por Barrera (1990), para tener niños más sanos -en términos de nutrición, morbilidad, y mortalidad-, se debe mejorar el capital humano de la madre (p.88-89). Este último es percibido como un insumo para alcanzar un nivel adecuado de salud infantil. Sobre ese punto, diversos autores indican que el comportamiento de la madre en general, es un insumo para la salud de los hijos (Rosenzweig y Schultz, 1982, p.52; Davis et al., 2016; Spence et al., 2016).

Estudiar la salud materno infantil como un funcionamiento fértil conjunto y desde el Enfoque de Capacidades permitirá ir más allá en el análisis de las políticas y los programas de salud que se han orientado en el cuidado del niño y dejado a la madre detrás. Además, al ser la madre un objeto de valor propio más allá de su hijo, el Enfoque de Capacidades no resulta neutro al género, en tanto el cuestionamiento de la mujer como sujeto instrumental en el binomio madre-hijo supone una problematización del tema considerando el Enfoque de Género de manera transversal.

Nussbaum (2002) plantea que las mujeres no cuentan con las mismas libertades y derechos para desarrollar su vida plenamente. Ello da lugar a que las mujeres presenten desigualdad en sus diversas capacidades frente a sus pares, y que por lo tanto son percibidas como instrumentos más que como fines en sí mismas. La autora, desde el Enfoque de las Capacidades, propone un entendimiento universal que trata el bien a partir de principios éticos universales que se pueden aplicar tanto para mujeres como para hombres en circunstancias o países donde se manifiesten desigualdades sociales (Nussbaum, 2002). Ello permite el uso del Enfoque de Género como transversal al Enfoque de Capacidades, donde además la autora plantea dicho marco universalista para un “feminismo filosófico” que sea válido para todo tipo de culturas, a pesar de que en muchas

de ellas hay un claro panorama de desigualdades sociales, económicas, culturales, como lo es por ejemplo La India (Nussbaum, 2002). Para ella, es necesario establecer objetivos políticos y económicos que permiten el gozo de oportunidades y libertades para las mujeres según la vida que valoran como seres humanos. Esto parte del reconocimiento de las relaciones sociales de desigualdad propias de las diversas culturas. Las mujeres para Nussbaum (2002) son generadoras de funciones relevantes para la sociedad, para lo cual necesitan una amplia gama de capacidades (educación, libertad de religión, libertad de expresión, nutrición, entre otras).

Dicho reconocimiento está enmarcado en el Enfoque de Género que discute los roles que generalmente se han designado para las mujeres en la sociedad, pero también las relaciones sociales desiguales que existen entre los hombres y mujeres para la adopción de libertades. Dichas libertades se ven limitadas cuando las mujeres son instrumentalizadas a ser un medio para obtener fines asociados a la familia o a los hijos, y al no contar con las mismas oportunidades que los hombres para la adopción de capacidades no solo estamos hablando de relaciones sociales de desigualdad sino también de injusticia social. Es por ello que el Enfoque de Género brinda una visión complementaria a la presente tesis, pues permite al Enfoque de Capacidades conocerlo, utilizarlo y nutrirse del mismo.

Esto resulta en la conclusión de que el Enfoque de Capacidades es específico al género. Sin embargo, aún persisten problemas asociados a la libertad y justicia, donde las desigualdades sociales y económicas no parecen detenerse (Anderson, 2007, p.65).

Entonces, entendiéndose la madre y el hijo como fines en sí mismos, e intrínsecamente importantes, el estudio de los dos permitirá adoptar medidas de política públicas más claras y orientadas a la realidad. De esa manera se busca tener una contribución a las políticas públicas en salud a partir del estudio y análisis del paquete integrado de servicios a la gestante a la luz del Enfoque de Capacidades. Las características de dicho paquete serán discutidas en la siguiente sección.

4. Características del paquete integrado de servicios a la gestante

La salud materno infantil se ha tratado en el Perú bajo la dirección del Minsa. El mismo que ha creado un conjunto de servicios de salud a favor de las gestantes (Minsa, 2010; Minsa, 2017) a nivel nacional con la propuesta de generar una mejor calidad de vida, y la de sus hijos a través de la reducción de la desnutrición crónica de los mismos. La cual es relevante en tanto representa costos en la salud, en la capacidad cognitiva, y en el desarrollo de los niños (Paraje, 2008; UNICEF, 2011; Maslow, 1943; Pelletier et al., 1995; Pollitt, 1999; FAO, 2011; y Alcázar, 2013). Tal paquete consiste en brindar exámenes auxiliares (orina, y hemoglobina), atenciones prenatales a iniciarse durante los primeros tres meses de embarazo, suplemento de sulfato ferroso, y partos institucionales –partos atendidos en establecimientos de salud y por personal especializado. En este caso, el paquete integrado es visto como un conjunto de recursos o insumos que pueden ser o no, accesibles para las madres según diversos factores exógenos al paquete en sí mismo (Minsa, 2017b, p.10; DIRESA Huánuco, 2017, p.5).

En línea a ello, el Minsa elaboró el Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en el País para el 2014-2016 (Minsa, 2014), cuyo objetivo general fue reducir la desnutrición crónica infantil al 10 por ciento. La salud materno infantil quedó explicitada únicamente en los objetivos específicos, principalmente mediante el incremento de la calidad de la atención prenatal y el parto institucional. Sin embargo, dicho objetivo se orientó al cumplimiento de un fin último que tenía como actor principal al infante. Dicho Plan fue reemplazado por el Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021 (Minsa, 2017 a), vigente a la fecha.

En dicho Plan, el rol de la madre adquiere igual importancia al del niño, considerando a las madres gestantes como actoras fundamentales en la salud pública. Asimismo, el Plan se propone el cumplimiento de metas a nivel nacional asociadas al objetivo general; sin embargo, éstas son enfocadas en la salud

infantil, a partir de dos indicadores: la tasa de desnutrición crónica (menores de 5 años, OMS), y la tasa de anemia en niños y niñas de 6 a 36 meses de edad (Minsa, 2017 a, p.9). Es decir, si bien hay un planteamiento individual que considera a la madre como importante en sí misma, y no únicamente como una fuente de salud para sus hijos, al plasmarlo en indicadores verificables, se pierde el interés por la misma.

Por otro lado, a través del Programa Presupuestal Articulado Nutricional (PAN), activo actualmente, se ha propuesto reducir los problemas nutricionales más frecuentes del país como la desnutrición crónica infantil. Dicho Programa contiene intervenciones articuladas entre diferentes sectores del país, sea Salud, Mujer, Desarrollo Social, como también cuenta con la participación de Gobiernos Locales y Regionales. El resultado final al cual apunta es la reducción de la desnutrición crónica infantil. En este caso, la salud materno infantil es abordada a través de un resultado inmediato: la mejora de la nutrición para la gestante. Cuya variable de interés es la proporción de gestantes con suplemento de hierro y ácido fólico. Dicho indicador está contenido como parte de los servicios de salud orientados a la gestante, el mismo que forma parte del paquete integrado de servicios (Mef, 2008).

Asimismo, en el Perú se cuenta con el Programa Salud Materno Neonatal (PSMN) (Mef, 2008 a) que se ha planteado en atender todos los procesos de salud que representa el embarazo de las madres. Dicho programa está orientado a la mejora de la salud materna neonatal en el Perú. Es decir, como resultado final está avocado a la mejora de la salud de la madre como la del niño en igual magnitud. Ahora bien, entre sus principales resultados inmediatos se tiene el acceso a la información sexual y reproductiva, a que las gestantes obtengan servicios de salud, como también al acceso de los neonatos a servicios de atención. E incluye un interés por la gestión de estrategias materno neonatales, y a la regulación de financiación y previsión de servicios de salud materno infantil (Mef, 2008 a). En este caso, los componentes asociados al acceso de la gestante (controles prenatales, partos institucionales, y sangre segura) están alineados formalmente con el PISG, servicios que tienen efecto en la vida del niño y también en la mujer (Maine y McCarthy, 1992; y Starrs, 1997).

Un paquete integrado como el mencionado resulta relevante de ser estudiado, pues permite revisar las asociaciones entre salud materna y salud infantil, las mismas que son útiles para la formación de políticas públicas de salud (Victora et al., 2008), a pesar de no ser un programa en sí mismo. Este brinda información relevante sobre el acceso a la salud, que permite la cuantificación sobre la efectividad de su utilización, y da las herramientas necesarias entorno a los cuidados de salud que requieren los individuos (Maine y McCarthy, 1992). Cuyos elementos pueden ser evaluados como un conjunto de servicios, en tanto apuntan a cubrir deficiencias de salud en la madre, que pueden tener efectos posteriores en la salud de los hijos.

Asimismo, el PISG presenta una problemática que trasciende a más de una política pública, pues si bien su temática está definida en el sector salud, el interés por el cuidado del niño y la madre gestante tiene efectos en el ámbito educativo, en la igualdad de género, y la inclusión social (Minsa, 2010). En esa misma línea, al igual que un programa presupuestal¹⁵, presenta una población potencial que en este caso son las madres gestantes, y una población objetivo, que son los niños. En tanto, es en la infancia donde se espera observar el cambio esperado del paquete. Es decir, el paquete integrado de servicios a la gestante, busca contribuir al logro de un determinado resultado final, pero en este caso, a un nivel más específico. Puesto que dicho paquete es, en su formulación, un conjunto de servicios con el objetivo de generar un cambio en la población. En otras palabras, presenta una consistencia similar a los “productos” (Mef, 2019) propuestos en un programa. Y, a pesar de no ser un programa presupuestal, es importante y puede ser evaluado como tal.

Dicho paquete existe de forma universal, pues es de libre acceso para todas las madres gestantes a nivel del Minsa. A pesar de que el paquete está disponible, el acceso de salud de las madres está condicionado a diversos factores. El Instituto Nacional de Estadística (INEI) realizó, como parte de la Encuesta

¹⁵ <https://www.mef.gob.pe/es/presupuesto-por-resultados/instrumentos/programas-presupuestales>

Demográfica y de Salud Familiar, preguntas asociadas a las dificultades de acceso de las madres a los servicios de salud, donde se encontró la existencia de limitantes al momento de hacer uso de los servicios. Entre los principales impedimentos, se encuentra el conseguir dinero para el tratamiento, conseguir permiso en el hogar, la distancia al establecimiento de salud, y tener que tomar transporte para acceder¹⁶ (INEI, 2016)¹⁷. Estos problemas evidencian que tener una oferta de salud, no implica necesariamente un acceso; en tanto, no hay consenso en la literatura de una única definición de acceso a los servicios de salud, la misma que puede comprenderse como gasto público (Francke, 1998), oferta (OMS, 2008), utilización efectiva (Beteta y Del Pozo, 2014), y aseguramiento (Mejía et al., 2007).

Dado que se busca evaluar el paquete integrado de servicios a la gestante bajo la lógica del Enfoque de Capacidades, es necesario cuantificar su efecto y su significancia sobre la salud materno infantil, percibida como un funcionamiento fértil conjunto. Para ello se aplica una metodología de estimación cuasi-experimental, que permitirá determinar si el paquete ha sido exitoso o no. No obstante, como el paquete es de carácter universal, es posible que se manifieste un caso de autoselección en el mismo, que podría no ser controlado con las variables observadas en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Cabe la posibilidad que aunque dos madres sean parecidas en características observables, una de ellas termine accediendo al paquete, debido a un factor de responsabilidad o empeño en el cuidado de su salud. Esta madre responsable que accede al paquete será cuidadosa con su salud y la de sus hijos. En ese sentido, como es una situación no observable, se complicaría la identificación del efecto del programa, el mismo que se reconoce como una limitante de la investigación.

¹⁶Se está en el proceso de obtención de información geo-localizada de los establecimientos de salud, para hacer uso de la información de localización de los hogares, para estimar la distancia de los hogares a los establecimientos de salud. Al momento, se presenta como un limitante del documento.

¹⁷ Estas variables no se incluirán en la metodología debido a que no fueron respondidas, en su mayoría, para la muestra de madres con las que se trabaja en el documento.

5. Datos

Para el análisis se utiliza información de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES)¹⁸ de los años 2016 y 2017. Se escoge dicho periodo, en tanto se busca alinear con la promulgación de los ODS, donde el Perú empieza a adoptar una posición a partir del año 2016. Asimismo, la ENDES contiene información sobre indicadores nutricionales y de salud para las mujeres en edad fértil –entre 15 y 49 años-; y sus hijos biológicos. Es necesario mencionar que, dado que la investigación está orientada a la dupla de funcionamientos de la madre y el hijo, el análisis debe contener como unidad de estudio a la madre con datos del último hijo nacido. Esto se debe a que las preguntas respecto a los componentes del paquete integrado de servicios a la gestante hacen referencia a la última gestación de la mujer, es decir el último nacimiento (INEI, 2016, p.243). Para el estudio de los datos se toman los siguientes módulos: Características del hogar; características de la vivienda; datos básicos de la mujer en edad fértil; embarazo, parto, puerperio y lactancia; y peso y talla-anemia.

Ahora bien, para el análisis de los niños se tomó la edad de los mismos entre 0 a 36 meses, en tanto diversos autores argumentan que la etapa más vulnerable del desarrollo humano del niño va desde la gestación hasta alcanzar los tres años de edad (Beltrán y Seinfeld, 2014, p.2). Se entiende de esa forma, que niños en condición de desnutrición durante sus primeros años de vida, son los que tienen mayores probabilidades de vulnerabilidad ante efectos negativos en la salud, la comunicación, desarrollo cognitivo, entre otros (Gajate e Inurritegui, 2002; Beltrán y Seinfeld, 2014, p.2; Alcázar, 2013, p.569). Considerando también que en el caso de la desnutrición infantil el cohorte de edad con mayor exposición y cuyas consecuencias son más significativas va entre los 0 a 3 años de edad, donde los infantes no localizan las causas del dolor ni sus efectos (Del Pino et al., 2012). Asimismo, empíricamente los trabajos asociados a la desnutrición crónica infantil consideran como fundamental estudiar a los niños en dicha etapa etaria (Aguedo, 2017; Maya, 2017; Beltrán y Seinfeld, 2014).

¹⁸Revisar:

https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1433/index.html

Respecto a la medición de la dupla de funcionamientos de salud de la madre (anemia) como del hijo (desnutrición crónica), en el caso de la anemia se considera la medición de hemoglobina a partir de la Tabla de Clasificación de Anemia propuesta por la ENDES. Por otro lado, en el caso peruano, el cálculo de la desnutrición crónica infantil¹⁹ se realiza a través de la prevalencia de la misma con el patrón de referencia de la Organización Mundial de la Salud. Este patrón internacional se construye a partir de un estudio del año 2006, donde se realizó el “Lanzamiento del nuevo Patrón Internacional de Crecimiento Infantil” (OMS, 2007), y cuya unidad de análisis fueron los niños de diferentes países a los que se alimentó con leche materna para demostrar un potencial de crecimiento igual (INEI, 2009, p.22). Dicho patrón de referencia es exigente en determinados periodos de la vida de los niños y niñas, siendo que la estimación de la desnutrición crónica infantil es mayor hasta los 45 meses de edad del niño.

Cabe mencionar que la desnutrición crónica infantil también puede medirse a través del índice z-score talla/edad, que corresponde a una medida antropométrica utilizada para monitorear el crecimiento de los niños, entonces un niño se encuentra en estado de desnutrición crónica si el valor Z está en el rango (-6, -2) (Esper, 2004; Sanabria, 2000; Sánchez y Jaramillo, 2012). Dicho valor es la diferencia entre el valor individual del niño observado y el valor medio de la referencia, dividido de la desviación estándar de la población referencial (Inei, 2009, p.24).

En ese sentido, el patrón OMS es un patrón de crecimiento multicéntrico que, según la Organización Mundial de la Salud, es internacionalmente comparable y adecuado (OMS, 2007). Mientras que los indicadores antropométricos (z-score) tienen un propósito clínico y epidemiológico, centrado principalmente en los cambios en las dimensiones corporales (OMS, 2007). Para efectos del presente estudio se utilizará la desnutrición crónica infantil de menores a 36 meses

¹⁹ Como un primer reto, se estableció en los ODM acabar con el hambre y la pobreza en los Estados Parte, así como también impulsar el desarrollo humano; sin embargo, muchos países no lograron alcanzar la meta (UNICEF, 2011, p.4). Además, el Instituto Nacional de Salud determina que la desnutrición crónica es un claro indicador de carencias estructurales de la sociedad (PPT).

utilizando el patrón OMS, pues es un indicador de relevancia, de uso nacional para las estadísticas calculadas en el país, y comparable con indicadores similares en otros países.

6. Metodología

Como se mencionó anteriormente, se busca evaluar, desde el Enfoque de Capacidades, en qué medida el PISG ha sido exitoso mejorando la salud materno infantil. Para ello se propone entender la salud materno infantil, para niños entre 0 y 3 años, como un funcionamiento fértil conjunto, el mismo que está compuesto por la dupla de funcionamientos madre-hijo. Dado que el impacto se analiza a partir del marco evaluativo del Enfoque de Capacidades, el resultado de dicho paquete cumple con características asociadas al concepto de funcionamiento fértil conjunto, referido a la salud materno infantil. En vista de que la intervención del Minsa bajo dicho paquete integrado de servicios no ha sido aleatorizada, ni diseñada para ser evaluada como un experimento de campo, esta investigación hace uso de una metodología cuasi experimental, que permitirá realizar una aproximación de dicho impacto. Específicamente, se utilizará el método de “Propensity Score Matching”. En la presente sección se describirá en qué consiste este método, para luego especificar el modelo a utilizar. Para ello, se presentarán: la fuente de datos, los indicadores, y sus principales características. Las estimaciones se realizaron utilizando el paquete estadístico Stata 14.

El método de emparejamiento (PSM por sus siglas en inglés) busca estimar el efecto de un tratamiento o una política pública usando distintas variables que estiman la probabilidad de recibir un tratamiento. Específicamente, consiste en plantear un grupo de control y uno de tratamiento a partir del uso de características observadas (Shahidur et al., 2010, p.53). Tales participantes (tratados) son emparejados, en base a dicha probabilidad, con aquellos individuos no participantes (controles). En ese sentido, según Shahidur et al. (2010), el efecto consiste en la diferencia entre el promedio de los resultados del grupo de tratamiento y del grupo control. En otras palabras, el PSM genera que las observaciones del grupo de tratamiento sean comparables con las observaciones del grupo de control, de tal manera que la única diferencia entre

los dos grupos es la asignación del tratamiento (Shipman et al., 2017, p.213). Es decir, el tratamiento no depende de las características observables de los individuos.

El PSM presenta dos ventajas importantes para la presente investigación, como resalta Shahidur et al. (2010): evita el problema de dimensionalidad de encontrar individuos emparejados cuando hay muchas variables de control; e impone una estructura mínima en la estimación (p.410). Asimismo, según Shahidur et al. (2010) los resultados del PSM serán válidos en la medida en que se cumplan dos condiciones fundamentales: a. independencia condicional, y b. la superposición en los puntajes de propensión (o probabilidad) en las muestras participantes y no participantes (p.53) llamada como “Common Support”. Respecto a la independencia condicional, ésta establece que dado un conjunto de covariables “X” que son observables y que no son afectadas por el tratamiento, los resultados potenciales, identificados con la variable “Y” son independientes de la asignación al tratamiento (“T”) (Shahidur et al., 2010, p.55), lo cual implica que ninguna variable, fuera de las que ya se utilizó previamente, es relevante para estimar la probabilidad de recibir el tratamiento:

$$(Y_i^T, Y_i^C) \perp T_i | X_i$$

Donde Y_i^T se refiere a los resultados de los participantes (grupo tratamiento), mientras que Y_i^C se refiere a los resultados de los no participantes (grupo control).

Respecto a la superposición de los puntajes de propensión o al “Common Support”, los autores hacen referencia a que dicha condición asegura que las observaciones de tratamiento tengan observaciones de emparejamiento cercanas en la distribución del puntaje de propensión. Es decir, que la probabilidad de que la asignación al tratamiento igual a uno condicional a las covariables “X” observadas, se encuentre entre 0 y 1 (Shahidur et al., 2010, p.56):

$$0 < P(T_i = 1 | X_i) < 1$$

Ahora bien, la aplicación del PSM consiste en tres etapas: 1. Estimar un modelo de la participación en el programa, 2. Definir la región del “Common Support” y balancear los test, y 3. Igualar individuos participantes con no participantes.

Según Shahidur et al. (2010), en el primer paso se aplica una regresión logística o probabilística que consiste en estimar la probabilidad de la participación de las madres, o en este caso particular, de su utilización del paquete del servicio a las gestantes. En dicho punto, se plantea la variable “utiliza el paquete de servicios a la gestante” donde el valor de 1 corresponde a que la madre sí utilizó el paquete de servicios, y 0 si no lo utilizó. Asimismo, se seleccionan las variables condicionantes adecuadas –en este caso las covariables-, y finalmente se obtiene la puntuación de propensión o probabilidad. En el segundo paso, se empareja cada madre tratada a una o más madres no tratadas (controles). Aquí se aplican las metodologías²⁰ para obtener robustez en los resultados, sean distintos algoritmos de “matching” como el emparejamiento del vecino más cercano, que consiste en relacionar a las madres tratadas con sus contrapartes con un puntaje de propensión más cercano; como también la coincidencia del calibre y el radio.

Según Li et al. (2017) citando a Caliendo y Kopeinig (2008), la calidad del “matching” o el emparejamiento entre ambos grupos, se basa en el equilibrio de las covariables. Dicho equilibrio indica que las variables que coinciden del grupo tratado y el grupo control se encuentran en la misma distribución (p.577). Es decir, la comparación es factible siempre y cuando las madres en el grupo tratado son equivalentes a sus contrafactuales en el grupo de control.

Para poder tener en cuenta las diferencias entre madres tratadas y no tratadas (controles), se incluye un conjunto de covariables asociadas con utilización de las madres del paquete de servicios a la gestante por la madre. En el análisis se tiene un grupo de variables de emparejamiento asociadas a las características de la madre.

²⁰También se puede aproximar la metodología con la coincidencia de Kernel, que consiste en hacer uso de todas las madres en el grupo control para construir un contrafactual mediante una asignación de un peso tipo Kernel a cada madre.

- Edad
- Lengua materna
- Nivel educativo
- Jefe de hogar
- Ámbito geográfico
- Tiene saneamiento en casa
- Tiene luz eléctrica en casa
- Nivel de riqueza del hogar

Ahora bien, como variable de tratamiento se considera si “utiliza el paquete de servicios a la gestante” como una variable binaria y construida en base a las siguientes preguntas:

¿Cuántos controles prenatales tuvo Ud. durante el embarazo?,
 ¿Durante el embarazo tomó hierro en pastilla, en jarabe, o lo recibió en inyección?,
 ¿Dio a luz en establecimiento de salud?

; y preguntas que concentran la toma de exámenes auxiliares:

¿Le hicieron un examen de orina?, y
 ¿Le hicieron un examen de sangre?

Se considera como madre tratada a aquella que participa en por lo menos tres de las cuatro actividades²¹. Por lo que se define la variable de tratamiento igual a 1 cuando las madres responden que “Sí” a tres de las cuatro actividades, de lo contrario, la variable binaria de tratamiento es 0. Posteriormente, se analiza el posible impacto de que las madres hayan recibido el paquete de servicios a la gestante en el funcionamiento fértil conjunto anemia materna-desnutrición crónica infantil, considerando en los datos a la pareja entre madre e hijo, sobre tres indicadores representados en la Figura 1:

²¹Se realizó el ejercicio más restrictivo de determinar al grupo tratado como aquel que recibió todos los servicios de salud, se encontró que la proporción de madres control fue de 54,96%, y de madres tratadas de 45.04%. La muestra se redujo con respecto a considerar como umbral a tres de cuatro servicios, lo cual generó que los resultados obtenidos en la ecuación de selección de las madres tratadas y controles, perdieran significancia.

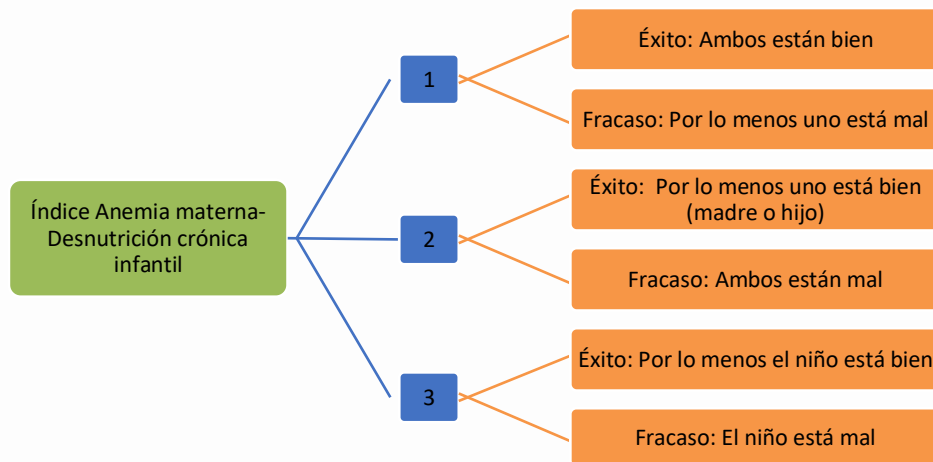


Figura 1. Índice del funcionamiento fértil conjunto. Elaboración propia

Bajo dicho índice, el funcionamiento fértil conjunto será representado únicamente por el indicador 1 que considera un caso de éxito siempre que la dupla de funcionamientos madre-hijo estén bien de salud, y fracaso cuando por lo menos uno está mal. El indicador 2 y 3 se incluyen de manera complementaria, para analizar el contraste de la participación de los individuos estudiados en diferentes escenarios, como también para estudiar el cumplimiento o logro del paquete cuando se relajan los supuestos relacionados al éxito o fracaso del paquete. Dicho ello, es necesario presentar las principales estadísticas descriptivas extraídas de la ENDES para el análisis completo de los años 2016-2017 en su conjunto. Esto será de utilidad para comprender el comportamiento de los datos.

Con respecto a la desnutrición crónica infantil se encuentra una tasa creciente en los niños de cero a tres años, alcanzando un máximo en 12.5% de desnutrición crónica cuando los niños adquieren la edad de 18 meses y de 36 meses, tal como se percibe en la Figura 2. Asimismo, cabe mencionar que dicho indicador presenta una correlación del 0.0302 con la anemia materna, la misma que alcanza un pico a los 36 meses del niño para luego decrecer. Lo que implica que la relación de salud entre la madre y el hijo es más estrecha mientras este último es más pequeño, lo que se sustenta con la literatura médica antes expuesta.

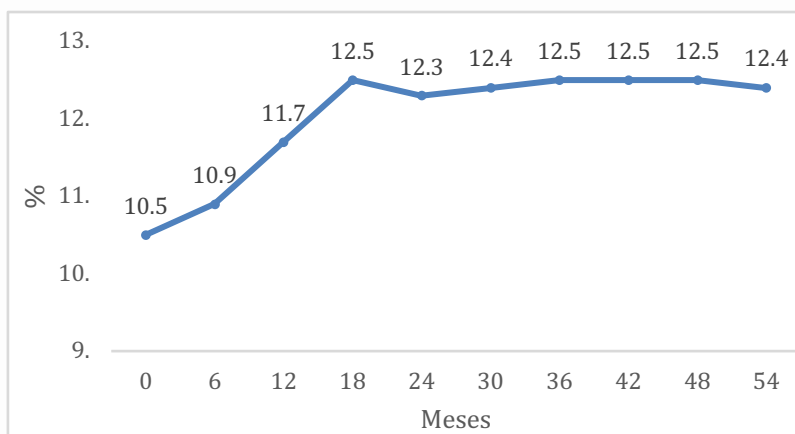


Figura 2. Tasa de desnutrición crónica infantil según edad en meses del niño (porcentaje de la población). Elaboración propia, ENDES 2016, 2017.

Por otro lado, respecto al funcionamiento fértil conjunto representado por el índice 1, se encuentra que de las madres que acceden al paquete, hay un 54.6% de éxito en salud, es decir tanto las madres como los niños están bien –no tienen anemia materna ni desnutrición crónica, respectivamente. Sin embargo, es relevante notar que de las madres que no tuvieron acceso al paquete, hay un fracaso del 8.9%, que implica que por lo menos uno -la madre o el hijo- está mal (ver Tabla 1). Si se analiza dicha cifra en los dos siguientes índices, se percibe un porcentaje bajo en el indicador de fracaso para aquellas madres que acceden al paquete. Ya que, para los índices 2 y 3 se percibe una flexibilidad del supuesto, presentado en la Figura 1, en especial para el índice 3 cuyo porcentaje de éxito es alto para las madres que acceden, y esto se debe a que la condición es que por lo menos el niño esté bien, entonces la salud de la madre queda relegada a un segundo plano. Ello es de esperarse, puesto que los servicios de salud del PISG si bien están dirigidos al cuidado inicial de la gestante, tienen como fin el cuidado del niño. Asimismo, se puede notar que el porcentaje de fracaso es mayor bajo el índice 1, ya que implica que por lo menos uno esté mal; mientras que la cifra se reduce significativamente cuando se trata de los índices 2 y 3, en tanto hay fracaso si ambos están mal (más flexible), o si el niño está mal (criterio tradicional), respectivamente.

Tabla 1

Descripción del de las madres que acceden al paquete según índice, años 2016-2017

Madre accede a 3 o más servicios		
Índice 1	Sí	No
Éxito	54.60%	12.40%
Fracaso	24.40%	8.90%
Total	79.00%	21.30%
Índice 2		
Éxito	76.64%	20.03%
Fracaso	2.07%	1.26%
Total	78.71%	21.29%
Índice 3		
Éxito	69.60%	17.10%
Fracaso	9.30%	4.07%
Total	78.90%	21.17%

Elaboración propia, ENDES 2016, 2017

Ahora bien, a nivel de toda la muestra analizada, correspondiente a los años 2016 y 2017, tal como se presenta en la Tabla 2, se tiene un 15.1% de madres anémicas que tienen hijos con desnutrición crónica, mientras que la cifra cambia en 2.3 puntos porcentuales si se orienta la descripción al grupo de análisis conformado por las madres que acceden al paquete. Por el lado del conjunto compuesto por madres sin anemia con hijos sin desnutrición, se encuentra un alto porcentaje en ambos casos, siendo mayor la cifra cuando se analizan solo las madres con acceso al PISG. Es a partir de dicho grupo, donde se buscará explicar el éxito o fracaso del programa en el funcionamiento fértil conjunto de salud materno infantil.

Tabla 2

Correlación entre el funcionamiento de desnutrición crónica infantil, y el funcionamiento de anemia materna, 2016-2017

Desnutrición Crónica Infantil	Anemia Materna	
	Sin Anemia	Anemia
Toda la muestra		
No desnutrido	86.4%	84.9%
Desnutrido	13.6%	15.1%
Total	100%	100%
Madres que acceden al paquete		
No desnutrido	88.0%	87.1%
Desnutrido	12.0%	12.9%
Total	100%	100%
Madres que no acceden al paquete		
No desnutrido	81.8%	78.7%
Desnutrido	18.2%	21.3%
Total	100%	100%

Elaboración propia. ENDES 2016, 2017

Habiendo identificado a las madres que acceden al paquete y a las que no lo hacen, es necesario mencionar que, como se dijo anteriormente, el PISG busca reducir la desnutrición crónica infantil. Es decir, si bien la composición del paquete está orientada a cubrir con servicios de salud a la gestante, su fin último está asociado al niño (Minsa, 2017b, p.10; DIRESA Huánuco, 2017, p.5). Por lo general, los programas sociales, y en específico los programas de salud han apuntado a una forma tradicional de evaluar y analizar las políticas de salud a partir de una cierta instrumentalización de la madre para alcanzar logros significativos en la salud de los hijos. En ese sentido, en la Figura 3 se busca diferenciar la evaluación tradicional del PISG, considerando una tasa de éxito en salud únicamente cuando el fin último es que el niño no tenga desnutrición crónica; frente a la evaluación bajo el Enfoque de Capacidades a partir de la utilización del funcionamiento fértil conjunto, identificando la tasa de éxito en

salud cuando tanto la madre como el niño están bien. Es decir, una combinación de madres sin anemia e hijos sin desnutrición crónica, tanto para las madres que acceden al paquete como las que no.

La Figura 3 evidencia que hay mayor porcentaje de éxito bajo el criterio tradicional. Y en ambos criterios, las madres que acceden al PISG presentan un porcentaje de éxito, en general, mayor que las madres que no acceden. Ello se corresponde con el potencial efecto del paquete, que se analizará más adelante, en tanto las madres que reciben los servicios de salud durante su gestación podrían estar generando una mejora en la salud materno infantil a partir de la transmisión intergeneracional de salud según lo indica la literatura médica. Por otro lado, al establecer un primer criterio de evaluación asociado a la forma tradicional en que se estudian los programas de salud; es decir, que apuntan a la mejora de la salud de los niños identificada a través de niños sin desnutrición crónica, se encuentra un alto porcentaje de éxito para todo el periodo estudiado de un 69.6%.

Posteriormente, se establece un criterio aún más restrictivo, y es que solo se considerará como éxito a la situación bajo la cual tanto el niño como la madre están bien de salud, identificada con niños sin desnutrición crónica, y madres sin anemia. Los datos muestran lo esperado, pues el éxito con respecto al criterio anterior, se reduce en 15 puntos porcentuales para las madres que acceden, y 4.7 puntos porcentuales para las madres que no acceden, durante todo el periodo analizado. En otras palabras, cuando la evaluación toma como fines tanto a la madre como al niño, el éxito en la reducción de los indicadores de salud materno infantil es menor que cuando solo se considera al niño como fin último del paquete.

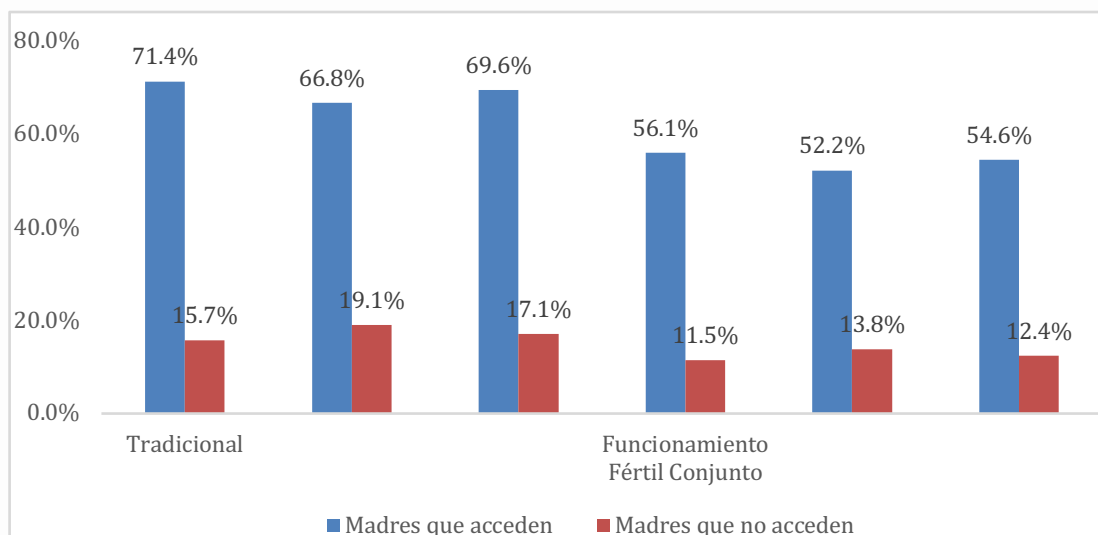


Figura 3. Porcentaje de éxito anual según criterio. El éxito se mide según criterio. El criterio tradicional hace referencia a la mejora de la salud del niño como fin último del paquete. En ese caso, el porcentaje se analiza sobre la dupla madre – hijo (último hijo nacido según detalle en sección 4) cuyos niños no tengan desnutrición crónica. Por otro lado, el criterio de funcionamiento fértil conjunto es más restrictivo pues implica que tanto la madre como el niño estén bien. Es decir, el porcentaje de éxito se analiza sobre aquellos niños que no tienen desnutrición crónica y que además, sus madres no tienen anemia materna. Elaboración propia. ENDES 2016, y 2017

Lo encontrado evidenciaría limitaciones en las formas en cómo se evalúan y plantean las intervenciones de salud, y en específico del paquete integrado de servicios a la gestante. Lo cual sería una primera aproximación a los problemas que se presentan al orientarse a este tipo de evaluaciones, la misma que espera ser comprobada en la aplicación del Propensity Score Matching. Esta investigación resalta la importancia de que los paquetes y programas de salud consideren a la madre como un sujeto intrínsecamente importante, y no la posicionen principalmente como un medio para alcanzar un fin.

7. Resultados

Se presentan los resultados de la evaluación, para determinar en qué medida el PISG ha sido exitoso o no, según su efecto sobre el índice anemia materna-desnutrición crónica infantil.

Emparejamiento

Se realizaron estimaciones separadas y en conjunto para los años 2016 y 2017. En la Tabla 3 se presenta la estimación utilizando la metodología del PSM. En primer lugar, para el año 2016, con información de la ENDES, se obtiene un

pseudo R-cuadrado de 0.03 a partir de las variables utilizadas en términos de la capacidad de predicción; mientras que para el 2017 la cifra es de 0.02. Lo que implica que el 3por ciento de la probabilidad de pertenecer al paquete es explicada por el modelo, mientras que dicha cifra se reduce al 2por ciento el siguiente año. Si se realiza un análisis completo de 2016 a 2017, el pseudo R-cuadrado es 0.028. El estudio de Ho, Imai, King & Stuart (2007) indica que cuando el proceso del emparejamiento se realiza de manera adecuada, el resultado del mismo es un pseudo R-cuadrado bajo. Ello está asociado también a la "tautología del propensity score matching", que indican los autores, donde se indica que el R-cuadrado es un método deficiente para evaluar la efectividad del puntaje de propensión para lograr el equilibrio.

Asimismo, para el 2016 los resultados indican que las covariables utilizadas para determinar el emparejamiento de las madres tratadas y control, con excepción de si la madre es jefe de hogar y el ámbito geográfico es rural, son significativas al 1por ciento. Para el 2017 la situación cambia, en tanto son significativas las siguientes variables para el emparejamiento: educación de la madre, tenencia de electricidad en el hogar, ámbito geográfico rural, y bajo nivel de riqueza. Para la muestra total, únicamente que la madre sea jefe de hogar no resulta ser significativa para el emparejamiento en ninguno de los tres indicadores. Los detalles se presentan en laTabla 3:

Tabla 3

Estimación del PSM. Variable dependiente: 1 si la madre accede al paquete integrado de servicios a la gestante y 0 si no accede

	ENDES 2016	ENDES 2017	ENDES TOTAL
Educación de la madre en años	0.133(0.021)***	0.165(0.021)***	0.150(0.015)***
Lengua materna nativa	-0.080(0.041)**	-0.046(0.040)	-0.062(0.029)**
Edad de la madre en años	0.003(0.002)*	0.001(0.002)	0.002(0.001)
Madre es jefe de hogar	0.012(0.039)	0.023(0.037)	0.020(0.027)
Tiene sanitario en el hogar	0.108(0.034)***	0.025(0.036)	0.069(0.025)**
Tiene electricidad en el hogar	0.380(0.040)***	0.385(0.042)***	0.388(0.029)***
Ámbito geográfico	0.029(0.035)	0.0816(0.034)**	0.052(0.025)**
Bajo nivel de riqueza	-0.234(0.039)***	-0.198(0.036)***	-0.212(0.026)***
<i>Número de observaciones</i>	14548	15057	29605
<i>Pseudo R-cuadrado</i>	0.0334	0.024	0.0284

NOTA: Errores estándares en paréntesis. Niveles de significancia: 1%(***), 5%(**), 10%(*)

Elaboración propia. ENDES 2016, y 2017

La Figura 4 presenta la función de densidad *kernel* del PSM antes del emparejamiento, como después del mismo, para el grupo tratado –las madres que reciben el paquete-, y el grupo control –las madres que no reciben el paquete.

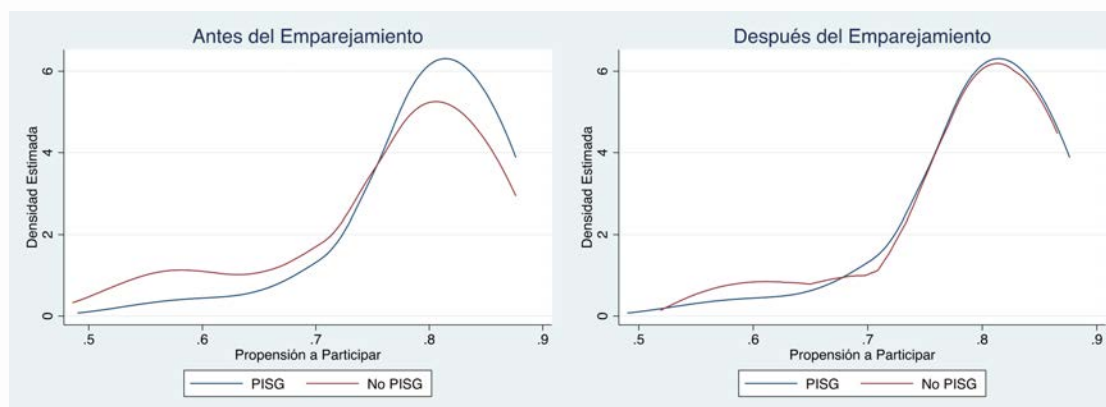


Figura 4. Antes y después del emparejamiento del grupo tratado y grupo control (2016-2017). Elaboración propia. ENDES 2016, y 2017

Se estimó el PSM utilizando tres diferentes algoritmos: Radio Caliper, Tres vecinos más cercanos, y un vecino más cercano. Para los tres grupos se consideraron aquellas madres que se encuentran dentro del soporte común. En otras palabras, se excluyeron aquellas madres para los que no hubo un traslape en la distribución del emparejamiento de las madres que accedieron al paquete y las que no accedieron. El Radio Caliper busca individuos dentro de un radio de probabilidad, definido por el investigador, de 0.05²². Dicho radio es el más utilizado en la literatura²³ asociada al PSM. Mientras que el vecino más cercano, o “nearest neighbor matching” busca a los individuos del grupo de control entre aquellos más cercanos en probabilidad a los tratados. El elegir el número de casos para la comparación entre el grupo tratamiento y control, implica un intercambio entre el sesgo y la varianza. Utilizando un solo emparejamiento más cercano al caso tratado, se reduce el sesgo; mientras que incluyendo muchos más controles se reduce la varianza, aunque el sesgo se incrementa si las observaciones adicionales son emparejamientos inferiores para la observación

²²Se toma el radio de 0.05 para incluir mayor cantidad de personas como controles para una persona tratada.

²³Revisar: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3873103/>

tratada. Una solución parcial es utilizar un vecindario predefinido en términos del radio alrededor de la probabilidad de estar en el tratamiento y excluir los emparejamientos que queden fuera de ese vecindario. Se usan los mejores emparejamientos; es decir, el Radio Caliper (Cameron y Trivedi, 2005, p.834).

Se ha realizado una estimación utilizando los tres algoritmos para analizar en qué medida el paquete ha sido exitoso o no. Para ello, se estudia el efecto del paquete sobre la variable de interés asociada al funcionamiento fértil conjunto. En los tres algoritmos, mencionados anteriormente, se obtienen efectos similares en signo y significancia, lo cual indica robustez en los resultados. Para el índice 1, se encuentra, según la estimación del PSM bajo el algoritmo del Radio Caliper, un incremento en la tasa de éxito de las madres que acceden frente a las que no lo hacen. Analizando para los años 2016-2017, se tiene que un 67.02 por ciento de madres que acceden al paquete tienen éxito, mientras que la cifra se reduce a 58.85 por ciento si nos referimos al éxito que tienen las madres emparejadas. El efecto en la tasa de éxito para el índice 1 es significativo al 1 por ciento para los años estudiados (8.5, 7.9, y 8.2 puntos porcentuales para el 2016, 2017 y en total, respectivamente). En ese sentido, el PISG ha sido exitoso y presenta un impacto sobre el funcionamiento fértil conjunto de anemia materna-desnutrición crónica infantil, cuando se considera éxito cuando tanto madre como hijo están bien, y fracaso en de que por lo menos uno de ellos esté mal. Una situación similar se encuentra para los índices 2 y 3, ya que en ambos casos la tasa de éxito se incrementa cuando las madres acceden a los servicios ofrecidos en el PISG.

De forma relativa, se encuentra que el efecto del paquete es mayor cuando se analiza el índice 1 -que responde al funcionamiento fértil conjunto-, con respecto a los índices 2 y 3 que son menos restrictivos en su conformación del éxito y del fracaso. Sin embargo, cuando se analiza en términos absolutos, se percibe que el porcentaje de éxito, es menor para las madres que acceden al programa considerando el índice es más restrictivo (funcionamiento fértil conjunto). El motivo de esta diferencia es que los índices 2 y 3, definen el éxito del paquete en base a la salud de uno de los individuos, si por lo menos uno está bien, o el niño está bien, respectivamente. Esta definición de éxito relativiza la importancia

del paquete. Intuitivamente, este resultado tiene un impacto en las políticas de salud, puesto que el efecto es mayor cuando tanto la madre como el niño están bien ya que ello implica un menor riesgo de que la enfermedad suceda. Esto se relaciona estrechamente con la literatura médica revisada en el apartado 3, donde la interacción de la salud materno e infantil está relacionada por las características de transmisión intergeneracional. Más aún si los servicios de salud, como los del paquete, buscan disminuir la desnutrición crónica infantil, pero que tienen como usuaria a la gestante, sin considerar que los efectos de dichos servicios son directos y significativos para la misma.

Por otro lado, en los índices 2 y 3, dados los escenarios en los que se establece el componente de éxito, se podría generar un efecto disipado, ya que no hay una interacción ni ayuda entre los dos individuos (madre e hijo), sino que por lo menos uno aún estaría propenso a estar mal de salud. En ese sentido, que el efecto sea mayor en el índice de funcionamiento fértil conjunto estaría acorde con la literatura, en tanto el cuidado de la madre resulta relevante para el posterior estado de salud del hijo (Bird, 2007), pero también para su desarrollo y vida como ser intrínsecamente valioso. Esto es, por lo general, ignorado al momento de realizar los objetivos generales y fines últimos de las políticas de salud. Cambiar dicha perspectiva no solo generará mejores resultados numéricos para el paquete, sino también se podría capturar el efecto en dos individuos, y no solo en uno, con lo cual las políticas de salud podrían reorientarse y mejorarse en búsqueda de un incremento de la salud materno infantil en sus diferentes aristas.

Ahora bien, es relevante mencionar que se estima el Radio Caliper a radio de 0.05 con el riesgo de incluir personas con una diferencia mayor de probabilidad con respecto al tratado, lo cual podría generar sesgos en la estimación del efecto del tratamiento. Aún con las limitaciones mencionadas, se prueba el objetivo planteado en la presente investigación explicado en las Tabla 4, 5 y 6.

Tabla 4

PSM-Radio Caliper: Impacto del Paquete Integrado de Servicios sobre el conjunto Anemia (madre) - Desnutrición (hijo)

Índice 1		ENDES 2016	ENDES 2017	ENDES TOTA
(a) Madre que accede al paquete	Porcentaje	67.36	66.70	67.02
	Observaciones	10969	11581	22546
(b) Madre que no accede al paquete(emparejadas	Porcentaje	58.85	58.86	58.85
	Observaciones	3575	3471	7046
(a)-(b)	Efecto	0.085***	0.079***	0.082***
	Error estándar	0.009	0.009	0.007
	Estadístico t	8.52	6.00	10.26
Índice 2				
(a) Madre que accede al paquete	Porcentaje	96.81	96.99	96.91
	Observaciones	10916	11505	22413
(b) Madre que no accede al paquete	Porcentaje	94.88	95.55	95.19
	Observaciones	3540	3449	6989
(a)-(b)	Efecto	0.019***	0.015***	0.017***
	Error estándar	0.005	0.005	0.003
	Estadístico t	3.99	3.40	5.15
Índice 3				
(a) Madre que accede al paquete	Porcentaje	86.98	86.96	86.98
	Observaciones	10766	11323	22084
(b) Madre que no accede al paquete	Porcentaje	82.28	83.81	83.08
	Observaciones	3492	3399	6891
(a)-(b)	Efecto	0.047***	0.032***	0.039***
	Error estándar	0.008	0.008	0.006
	Estadístico t	5.74	3.99	6.86

Elaboración propia. ENDES 2016, y 2017

Tabla 5

PSM-Tres vecinos cercanos: Impacto del Paquete Integrado de Servicios sobre el conjunto Anemia (madre) - Desnutrición (hijo)

Índice 1		ENDES 2016	ENDES 2017	ENDES TOTAL
(a) Madre que accede al paquete	Porcentaje	67.36	66.7	67.02
	Observaciones	10969	11581	22546
(b) Madre que no accede al paquete(emparejadas)	Porcentaje	60.96	61.73	61.36
	Observaciones	3575	3471	7046
(a)-(b)	Efecto	0.064***	0.049***	0.056***
	Error estándar	0.025	0.024	0.024
	Estadístico t	2.59	2.05	2.37
Índice 2				
(a) Madre que accede al paquete	Porcentaje	96.81	96.99	96.91
	Observaciones	10916	11505	22413
(b) Madre que no accede al paquete(emparejadas)	Porcentaje	96.13	95.12	95.09
	Observaciones	3540	3449	6989
(a)-(b)	Efecto	0.007	0.019	0.018
	Error estándar	0.013	0.013	0.013
	Estadístico t	0.51	1.44	1.37
Índice 3				
(a) Madre que accede al paquete	Porcentaje	86.98	86.97	86.98
	Observaciones	10766	11323	22084
(b) Madre que no accede al paquete(emparejadas)	Porcentaje	80.69	84.11	83.77
	Observaciones	3492	3399	6891
(a)-(b)	Efecto	0.063***	0.028	0.032
	Error estándar	0.022	0.021	0.021
	Estadístico t	2.88	1.36	1.52

NOTA: Errores estándares en paréntesis. Niveles de significancia: 1%(*), 5%(**), 10%(*)**

Elaboración propia. ENDES 2016, y 2017

Tabla 6

PSM-Nearest Neighbor Matching: Impacto del Paquete Integrado de Servicios sobre el conjunto Anemia (madre) - Desnutrición (hijo)

Índice 1		ENDES 2016	ENDES 2017	ENDES TOTAL
(a) Madre que accede al paquete	Porcentaje	67.37	66.7	67.02
	Observaciones	10969	11581	22546
(b) Madre que no accede al paquete(emparejadas)	Porcentaje	58.48	53.9	54.01
	Observaciones	3575	3471	7046
(a)-(b)	Efecto	0.088***	0.128***	0.130***
	Error estándar	0.042	0.041	0.04
	Estadístico t	2.12	3.13	3.19
Índice 2				
(a) Madre que accede al paquete	Porcentaje	96.81	96.99	96.91
	Observaciones	10916	11505	22413
(b) Madre que no accede al paquete(emparejadas)	Porcentaje	96.79	96.34	96.23
	Observaciones	3540	3449	6989
(a)-(b)	Efecto	0.002	0.007	0.007
	Error estándar	0.022	0.023	0.023
	Estadístico t	0.01	0.29	0.29
Índice 3				
(a) Madre que accede al paquete	Porcentaje	86.98	86.96	86.98
	Observaciones	10766	11323	22084
(b) Madre que no accede al paquete(emparejadas)	Porcentaje	80.03	80.49	80.47
	Observaciones	3492	3399	6891
(a)-(b)	Efecto	0.069	0.065	0.065
	Error estándar	0.036	0.036	0.036
	Estadístico t	1.89	1.79	1.81

NOTA: Errores estándares en paréntesis. Niveles de significancia: 1%(*), 5%(**), 10%(*)**

Elaboración propia. ENDES 2016, y 2017

Por otro lado, se aplica el algoritmo del vecino más cercano, con la especificidad de los tres vecinos más cercanos. Según la estimación realizada al igual que el caso anterior, se encuentra que para el índice 1 existe un incremento en la tasa de éxito de las madres gestantes que acceden al paquete (67.02 por ciento) frente a las que no acceden (61.36 por ciento) para el total de años estudiados. Asimismo, hay un efecto en la tasa de éxito significativo al 1 por ciento de 6.4, 4.9, y 5.6 puntos porcentuales, para los años 2016, 2017, y ambos, respectivamente. Dicho resultado es igualmente significativo al 1 por ciento bajo el algoritmo de tres vecinos más cercanos, para el índice 3 en el año 2016, donde el porcentaje de éxito del paquete pasa de 80.69 a 86.98 por ciento cuando las madres acceden al PISG. Para el caso del índice 2 no se evidencia efecto en cualquiera de los años analizados. Ello estaría indicando, posiblemente, que en

el Radio Caliper con un radio de probabilidad de 0.05 se encuentran más de tres vecinos para realizar los emparejamientos; es decir, es menos restrictivo.

Finalmente, para el algoritmo de un vecino más cercano solo se observa un efecto significativo al 1 por ciento para el índice 1 en los años analizados. En todo el periodo analizado, el paquete tiene una tasa de éxito mayor para las madres gestantes que acceden (67.02 por ciento) frente a las que no (54.01 por ciento) en la reducción de la anemia materna y la desnutrición crónica infantil.

En general, los resultados principales muestran que el PISG ha sido exitoso, en tanto las madres que han accedido están bien de salud (no tienen anemia) y tienen hijos igualmente saludables (no tienen desnutrición crónica). Según los resultados, dicho acceso podría estar explicando la menor cantidad de madres con anemia que además tienen hijos con desnutrición crónica. Por otro lado, no se encuentran resultados homogéneos para los tres índices. Aun así, es relevante mencionar el caso del efecto del paquete sobre el índice 1, que es el índice correspondiente al funcionamiento fértil conjunto, pues da mayor peso si tanto la madre como el hijo están bien. Para los tres algoritmos aplicados se encuentra un efecto significativo en dicho índice, el cual representa el funcionamiento fértil conjunto de salud materno infantil. Con ello se comprueban los principales argumentos de la literatura médica, en lo que respecta a la transmisión de salud entre la madre y el hijo. Ello se debe, principalmente, a que la asociación entre la madre gestante y el feto es muy importante para el desarrollo futuro del mismo, con lo cual se esperaría una dinámica de salud constante en los funcionamientos conjuntos. La transmisión vertical (Vial y Prado, 1993) entre ambos individuos se ve claramente identificada en los resultados²⁴.

Finalmente, se observa que los resultados obtenidos, respecto al objetivo del documento que es determinar en qué medida el PISG fue exitoso o no, son

²⁴ A medida de extender el análisis bajo los resultados encontrados, se selecciona un complemento de los datos en términos de la evolución en el tiempo del grupo tratamiento y grupo control según las variables de interés. Se encuentra que en ambos años, 2016 y 2017, no existen diferencias apreciables.

consistentes con los tres algoritmos aplicados según la metodología del Propensity Score Matching. Hay una homogeneidad en términos de los signos de los coeficientes –mayor tasa de éxito, respecto al funcionamiento fértil conjunto, de las madres que acceden al paquete frente a las que no, como también en la significancia de los resultados. Se evidencia que el paquete integrado de servicios a la gestante tiene un impacto en la dupla de funcionamientos de la madre como del hijo.

8. Conclusiones y Discusión

La presente investigación resulta en una contribución al Enfoque de Capacidades en tanto se estudia la salud materno infantil a través de la aproximación de un funcionamiento fértil conjunto planteado como la dupla de funcionamientos madre-hijo, donde el cuidado de la salud de la madre le permite tener efectos en distintos ámbitos de su vida y, además, generar consecuencias positivas en la vida de sus hijos. Para ello se discutió el concepto de transmisión intergeneracional de salud, bajo el apoyo de la literatura médica, que indica una transferencia de salud nutricional a partir de madres con anemia que pueden tener hijos desnutridos a futuro. Ello fue importante en el marco del análisis del PISG, que apunta a disminuir la desnutrición crónica infantil, pero que posiciona a la madre como un factor de producción en la mejora de la salud de sus hijos. Sin embargo, la investigación ha apuntado a revalorizar a la madre al ser un fin en sí mismo, cuya preocupación resulta importante para el desarrollo de su vida y la de aquellos que dependen de ella.

El planteamiento del término funcionamientos fértiles conjuntos se presenta claramente en la salud materno infantil, en tanto la dupla de funcionamientos madre-hijo es entendida como un conjunto dinámico. Esto es sumamente relevante, en tanto la asociación de estos dos individuos está muy bien representada bajo el concepto de transmisión intergeneracional, que en otro contexto no se podría aplicar. La salud resulta importante de ser estudiada en el desarrollo humano, y la presente investigación ha buscado abordarla a partir de la capacidad de salud, que permite a los individuos alcanzar libertad en

determinados ámbitos de su vida. La salud materno infantil evidencia la creación de un funcionamiento en otra dimensión de la vida, característica clave de un funcionamiento fértil. El planteamiento de la afirmación respecto a la dinamización del funcionamiento en otra dimensión de la vida, a pesar de que hablamos de dos individuos diferentes (la madre y el hijo), está fundamentado a partir de la idea del conjunto. Es decir, la madre y el hijo se analizan como un todo, sin perder de vista su valor intrínseco individual.

Utilizando los datos de la ENDES 2016 y 2017, se ha podido observar mejoras en la salud, en el tiempo, de los niños como de las madres que han accedido al PISG. Como se indicó anteriormente, el presente análisis busca determinar si el paquete ha tenido éxito o fracaso bajo el Enfoque de Capacidades, para ello se ha estimado el efecto en el funcionamiento fértil conjunto. Empíricamente, se verifica que bajo el análisis de evaluación tradicional, existe un mayor porcentaje de éxito si el criterio estudiado es que los niños no tengan desnutrición crónica. Sin embargo, cuando la evaluación se extiende en respuesta a la presente propuesta, el porcentaje de éxito disminuye si el criterio se orienta a que tanto la madre como su hijo estén bien de salud. Esto evidencia limitaciones en las propuestas tradicionales de evaluar las políticas, programas y paquetes de salud, los cuales se enfocan en la salud del niño como resultado final, y se relega el papel de la madre a un medio.

Los resultados indican que el paquete sí ha tenido efecto sobre la salud materno infantil. En efecto, controlando por características observables, hay un incremento en la tasa de éxito de las madres que acceden al paquete frente a las que no lo hacen, para los tres algoritmos del Propensity Score Matching aplicados en la metodología. En el caso del índice 1 correspondiente al funcionamiento fértil conjunto de salud materno infantil, se encuentra un efecto en la tasa de éxito -de las madres que acceden frente a las que no lo hacen- significativo de 13 puntos porcentuales de mejora bajo el algoritmo del vecino más cercano, 5.2 puntos porcentuales considerando tres vecinos más cercanos, y 7.6 puntos porcentuales con el algoritmo del Radio Caliper, en todo el periodo 2016-2017. Para el mismo periodo, en el caso de los índices 2 y 3 se encuentra efecto en la tasa de éxito de las madres que acceden frente a las que no,

únicamente bajo el algoritmo del Radio Caliper, de 1.7 y 3.9 puntos porcentuales al 1% de significancia. Esto evidencia que el índice del funcionamiento fértil conjunto no solo presenta un mayor efecto con respecto a sus complementos, sino además este es aún más fuerte cuando se estudia bajo el algoritmo más restrictivo (Vecino más cercano).

Dichos resultados pondrían en discusión que, al obtener un efecto significativo del paquete sobre el éxito en la salud materno infantil, la inclusión de la madre como un fin en sí mismo, demostraría, tal como lo indica la literatura médica, que los impactos a mediano y largo plazo sobre la salud de los hijos serían aún más potentes, pues cuando la evaluación toma como fines tanto a la madre como al niño, el éxito en la reducción de los indicadores de salud materno infantil es menor que cuando solo se considera al niño como fin último del paquete. Naturalmente, bajo la condición de un conjunto dinámico, las interrelaciones que se desprenden de los funcionamientos fértiles conjuntos, plantearían una retroalimentación de salud bajo el espectro de la lógica vertical, donde la madre transfiere su condición de enfermedad, con la creación de otra del mismo tipo. Dicho análisis permitirá la obtención de mejores indicadores, los mismos que podrán ser capturados en las políticas de salud para su mejor entendimiento.

La investigación tomó como espacio de evaluación al Enfoque de Capacidades considerando a los funcionamientos fértiles conjuntos de las madres y de los hijos de 0 a 3 años de edad como objetos de valor. Ello permitió evaluar el paquete de servicios a la gestante, mas no brindó una identificación de las causas de porqué una situación de salud resulta ser mejor o peor para los individuos evaluados. Para ello se utilizaron dos enfoques complementarios: el Enfoque de Género y el Enfoque de Determinantes Sociales. El Enfoque de Género permitió comprender la importancia de la inclusión del padre en las políticas de salud infantil, puesto que su rol es relevante para el cuidado de los hijos. Siendo que tradicionalmente los programas de salud tienden a instrumentalizar a la madre y posicionarla como única responsable del proceso reproductivo dejando al hombre como un actor secundario más allá de los factores biológicos y médicos que conectan a los funcionamientos fértiles conjuntos. Por lo que si la salud se replantea desde una perspectiva de género,

los hombres serían comprendidos como coautores del proceso reproductivo. Pero además, permitió comprender de forma transversal al Enfoque de Capacidades, que las relaciones sociales de desigualdad y poder son importantes para el entendimiento de la vinculación entre el género y la salud.

Asimismo, la comprensión de los determinantes sociales de salud resulta necesaria debido a que las madres, a pesar de ser importantes en sí mismas, han tenido poca atención en las políticas públicas de salud materno infantil más allá de su función biológica reproductiva. Dicha comprensión es relevante teniendo en cuenta las relaciones entre individuos y las principales características que generan desigualdades en la salud. De la revisión de la literatura se encontró que entre los principales determinantes de la salud materno infantil se encuentran los siguientes: género, estructura social, servicios de salud, características biológicas, nivel socioeconómico (vivencias materiales, educación, ingresos, empleo, y jerarquía social), y cultura.

Es necesario indicar que los resultados encontrados pueden ser puestos en discusión, a pesar de haber hecho uso de las diversas herramientas de los experimentos cuasi-experimentales. Como se señaló anteriormente, este paquete es de autoselección por parte de los individuos, lo cual podría sesgar los resultados. La metodología del emparejamiento asume que todas las variables relevantes para la participación del paquete son incluidas a la hora de estimar la probabilidad de participar en el mismo; no obstante, se ha encontrado que la distancia de acceder al establecimiento de salud como también el uso de transporte, son dos factores importantes al momento de decidir acceder o no. En ese sentido, incluir dichos factores en el modelo de probabilidad podría ser un aporte a la metodología, el mismo que puede ser utilizado en estudios posteriores a partir de una georreferenciación de los establecimientos de salud de la encuesta, que a la actualidad no se ha realizado en el caso peruano.

Bibliografía

- Abarca, K. (2003). Infecciones en la mujer embarazada transmisibles al feto. *Revista Chilena de Infectología*, 20(1), 41–46. Retrieved from http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182003020100007
- Aguedo, E. (2017). Eficacia de la prevención de la anemia en niños y niñas de 6 – 35 meses del Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica y la Prevención de la Anemia en el Perú. Región Puno – 2016. Universidad ESAN.
- Alcázar, L., Ocampo, D., Huamán-Espino, L., & Aparco, J. P. (2013). Impacto Económico De La Desnutrición Crónica, Aguda Y Global En El Perú Economic Impact of Chronic, Acute and Global Malnutrition in Peru. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 30(4), 569–574. Retrieved from <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n4/a05v30n4.pdf>
- Aldaz-Carroll, E., & Morán, R. (2011). Escaping the poverty trap in Latin America: the role of family factors.
- Alderman, H., Hoddinott, J., & Kinsey, B. (2006). Long term consequences of early childhood malnutrition. *Oxford Economic Papers*, 58(3), 450–474. <https://doi.org/10.1093/oeq/gpl008>
- Alkire, S. and S. Deneulin (2009). “The Human Development and Capability Approach” in DENEULIN, S. and L. SHAHANI (eds). An Introduction to Human Development and Capability Approach.
- Álvarez, A., García, A., & Bonet, M. (2007). Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública*.
- Álvarez, L. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Revista Gerenc. Polit. Salud Bogotá*, 8 (17).
- Ambipaye et al. (2018). The impact of “Option B” on HIV transmission from mother to child in Rwanda: An interrupted time series analysis.
- Anderson, J. (2007). “Los estudios de género y sus alcances”. En Luz Gabriela Arango y Yolanda Puyana (comps.) Género, mujeres y saberes en América Latina. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia.
- Anderson, J., Torrejón, S., & Zúñiga, M. (2016). Las infancias diversas : estudio fenomenológico de la niñez de cero a tres años en cuatro pueblos indígenas de la amazonía peruana. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- Arenas, L., Piña, M., & Gómez, H. (2015). Aportes y desafíos del enfoque de género en el estudio de las enfermedades transmitidas por vector. *Scielo Public Health*.
- Ariana, P., & Naveed, A. (2009). *Health* En Deneulin, S., y Shahani, L. *An introduction to the Human Development and Capability Approach. International Development Research Centre*.

- Arriaga, P. (2016). El enfoque de desarrollo humano y el diseño de políticas públicas orientadas a la primera infancia: el caso del programa nacional CUNA MÁS. Tesis Desarrollo Humano PUCP.
- Ávila, A. et al. (2016). Despistaje de infecciones de transmisión vertical durante el embarazo: Toxoplasmosis, VIH, Hepatitis B y C, Sífiis. *Kasmera* 44(2).
- Ballet, J., Biggeri, M., & Comim, F. (2011). *Children's Agency and the Capability Approach: A Conceptual Framework* En Biggeri, M, Ballet, J., y Comim, F. *Children and the Capability Approach*.
- Barrera, A. (1990). The role of maternal schooling and its interaction with public health programs in child health productions. *Journal of Development Economics* 32(1).
- Beltrán, A. (2000). Determinantes de la utilización de los servicios de control del embarazo y parto: El caso peruano. En Cortez. Salud, Productividad y Pobreza.
- Beltrán, A., & Seinfeld, J. (2017). Identificando estrategias efectivas para combatir la desnutrición infantil en el Perú. *Apuntes: Revista de Ciencias Sociales*, 38(69), 7–54. <https://doi.org/10.21678/apuntes.69.630>
- Beltrán, A., & Seinfeld, J. (2014). Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: Un problema persistente. Universidad del Pacífico.
- Bernardi, et al. (1982). Ritmos y sincronías en la relación temprana madre-hijo. *Revista uruguaya de psicoanálisis*.
- Beteta Obreros, E., & Del Pozo Segura, J. M. (2014). *Aplicación De Una Metodología Para El Análisis De Las Desigualdades Socio- Económicas En Acceso a Servicios De Salud Y Educación En Peru En 2005-2012*. 77. Retrieved from <http://files.pucp.edu.pe/departamento/economia/DDD388.pdf>
- Bhargava, P., Mathur, K. & Rajagopal, S. (2005). *Understanding Chronic Poverty in Rajasthan*. CHIP Report 16. London: CHIP.
Retrieved from <http://www.childhoodpoverty.org/index.php?action=publicationdetailsandid=97>
- Bird, K. (2010). The Intergenerational Transmission of Poverty: An Overview. In *Ssrn*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.1629262>
- Boland, L., & Kavanagh, S. (2009). A local authority perspective. *Safer Communities*, 8(1), 29–31. <https://doi.org/10.1108/17578043200900005>
- Botero, H. (2012). Relación madre-hijo. El amor en el desarrollo del cerebro del bebé. *Psicoanálisis XXIV*.
- Brabin, B. (1985). Epidemiology of Infection in Pregnancy. *Reviews of infectious diseases*.

- Broady, J. (2011). Disadvantage and an American Society of Equals. *Critical review of international social and political philosophy*, 14:1, 41-58.
- Butler, J. (2013). “Variaciones sobre sexo y género: Beauvoir, Wittig y Foucault”. En Marta Lamas (comp.), *El género la construcción cultural de la diferencia sexual*, 4ta reimpression, Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de Género.
- Calvo, C. (2009). Factores socioeconómicos, culturales y asociados al sistema de salud que influyen en el amamantamiento. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*.
- Cameron, A., & Trivedi, P.(2005). *Models for Panel Data En: Microeconometrics: Methods and Applications*.New York: Cambridge University Press. Cap. V
- Canada Health. (2000). Salud de la Población. Conceptos y estrategias para políticas públicas saludables. “La perspectiva Canadiense”. Washington D.C.
- Castañeda, A. (2014). El marco teórico en la investigación en salud con enfoque de género. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(2).
- Chattier, P. (2012). Exploring the Capability Approach to Conceptualize Gender Inequality and Poverty in Fiji. *Journal of Poverty*, 16:1, 72-95.
- Chi, B. H. ., Musonda, P. ., Lembalemba, M. K. ., Chintu, N. T. ., Gartland, M. G. ., Mulenga, S. N. ., ... Stringer, J. S. A. . (2014). Universal combination antiretroviral regimens to prevent mother-to-child transmission of HIV in rural Zambia: A two-round cross-sectional study [Thérapies antirétrovirales combinées universelles pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH en Zambie r. *Bulletin of the World Health Organization*, 92(8), 582–592. <https://doi.org/10.2471/BLT.13.129833>
- Christiaensen, L., & Alderman, H. (2004). Child Malnutrition in Ethiopia: Can Maternal Knowledge Augment the Role of Income? *Economic Development and Cultural Change*, 52(2), 287–312. <https://doi.org/10.1086/380822>
- Comim, F., Ballet, J., Biggeri, M., & Iervese, V. (2011). *Introduction-Theoretical Foundations and the Book’s Roadmap* En Biggeri, M, Ballet, J., y Comim, F. *Children and the Capability Approach*.
- Conway, J., Bourque, S., & Scott, J. (2013). “El concepto de género”. En Marta Lamas (comp.), *El género la construcción cultural de la diferencia sexual*, 4ta reimpression, Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de Género.
- Corral, A., Castañeda, I., Barzaga, M., & Santana, M. (2010). Determinantes sociales en la diferencial de mortalidad entre mujeres y hombres en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública*.
- Dammert, A. (2001). Acceso a servicios de salud y mortalidad infantil en el Perú. Consorcio de Investigación Económica y Social, Grupo de Análisis para el Desarrollo.
- Davis, R. E., Cole, S. M., Blake, C. E., McKenney-Shubert, S. J., & Peterson, K. E. (2016). Eat, play, view, sleep: Exploring Mexican American mothers’ perceptions of decision making for four behaviors associated with childhood obesity risk. *Appetite*, 101, 104–113. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.02.158>
- Del Pino, P., Mena, M., & Torrejon, S. (2012). Repensar la desnutrición. Infancia, alimentación y cultura en Ayacucho, Perú. Instituto de Estudios Peruanos.
- DeJong, J. (2003). *Capabilities , reproductive health and well-being Capabilities , Reproductive*

- Health and Well-being GPRG-WPS-005*. Deschamps, M.-M., Noel, F., Bonhomme, J., Dévieux, J. G., Saint-Jean, G., Zhu, Y., ... Malow, R. M. (2009). Prevention of mother-to-child transmission of HIV in Haiti. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 25(1), 24–30. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892009000100004>
- Díaz, Z., & Presno, M. (2013). Enfoque de género en el análisis de la situación de salud desde la perspectiva de las determinantes sociales de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 29(2).
- DIRESA Huánuco. (2017). Rendición de cuentas y seguimiento de los recursos transferidos en el marco del fondo de estímulo al desempeño y logro de resultados sociales 2017.
- Espinal, S. (2016). Las libertades se expanden desde la niñez: discusión, análisis y lectura sinérgica del Enfoque de Derechos y el Enfoque de las Capacidades para la participación y agencia en la infancia. *Tesis Desarrollo Humano PUCP*.
- European Commission. (2016). Access to health services in the European Union.
- FAO. (2011). Seguridad alimentaria y nutricional. Conceptos básicos.
- Fennell, S. (2013). Linking Capabilities to Social Justice: Moving towards a framework for making public policy. *Journal of Human Development and Capabilities: a multidisciplinary journal for people-centered development*, 14:1.
- Figuerola, J. (2007). Avances y retos en la incorporación del enfoque de género en políticas de salud reproductiva. *Salud Pública de México*.
- Francke, P. (1998). *Focalización del Gasto Público en Salud en el Perú: Situación y Alternativas*. Maryland: Partnerships for Health Reform the U.S. Agency for International Development, USAID.
- Freedman, L.P., Waldman, R.J., Wirth, M.E. et al. (2005). *Who's got the Power? Transforming Health Systems for Women and Children*. UN Millennium Project Task Force on Child Health and Maternal Health. Retrieved from: <http://www.unmillenniumproject.org/documents/ChildHealthEbook.pdf>
- Gajate, G., y Inurritegui, M. (2002). El impacto de los programas alimentarios sobre el nivel de nutrición infantil: una aproximación a partir de la metodología del «Propensity Score Matching». Lima: Grade.
- García-Loygorri, M. C., Deluis, D., Torreblanca, B., March, G. A., Bachiller, M. R., & Eiros, J. M. (2015). La leche materna como vehículo de transmisión de virus. *Nutricion Hospitalaria*, 32(1), 4–10. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.32.1.8794>
- Geldstein, R. (2004). De “buenas” madres y “malos” proveedores. Género y trabajo en la reestructuración económica. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*.
- Good, B. (1994). *Medicine, rationality and experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge University Press.
- Grilli, R., Ramsay, C., & Minozzi, S. (2002). Mass media interventions: effects on health services utilisation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), CD000389. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000389>

- Gutiérrez, M. (2012). *Estilos de relación madre-hijo y conducta agresiva en niños de 2 años del distrito del callao*. Escuela de postgrado de la Universidad San Ignacio de Loyola.
- Hall, K. M. Q. (2016). Introducing Joint Capabilities: Findings from a Study of Development in Honduras 'Garifuna Ancestral Villages. *Journal of Human Development and Capabilities*, 18(1), 60–74. <https://doi.org/10.1080/19452829.2016.1199168>
- Harper, C., Marcus, R., & Moore, K. (2003). Enduring poverty and the conditions of childhood: Lifecourse and intergenerational poverty transmissions. *World Development*, 31(3), 535–554. [https://doi.org/10.1016/S0305-750X\(03\)00010-X](https://doi.org/10.1016/S0305-750X(03)00010-X)
- Hernández, R. (2012). Nuevas (y viejas) historias sobre las mujeres rurales jóvenes de América Latina. Resultados preliminares del Programa Nuevas Trenzas. Documentos de Trabajo del Programa Nuevas Trenzas, n.º.1. Lima IEP.
- Herrera, C. & Campero, L. (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/Sida: constantes y cambios en el tema. *Salud Pública de México*, 44(6).
- Ho, D., Imai, K., King, G., & Stuart, E. (2007). Matching as nonparametric preprocessing for reducing model dependence in parametric causal inference. Advance Access publication, *Political Analysis* 15.
- Huamán et al. (2017). Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH en gestantes y madres awajún y wampis de la región Amazonas en el Perú
- INEI (2009). Mapa de Desnutrición Crónica en niños menores de cinco años a nivel provincial y distrital, 2007.
- INEI (2016). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2016.
- Iguñiz, J. (2002). Desnutrición, pobreza y desarrollo cognitivo. *UBA, Facultad de Psicología*.
- Iguñiz Echeverría, J. (2009). Desarrollo como Libertad: Invitación a la Interdisciplinariedad. *Pontificia Universidad Católica Del Perú - Documento de Trabajo*, 275.
- Irwin, A., Valentine, N., Brown, C., et al. (2006). The Commission on social determinants of health: tackling the social roots of health inequalities. *PloS Medicine*, (6)
- Junco, J., & Rosas, M. (2007). Género. Proyecto de Mejoramiento de los Servicios de Justicia.
- Kabeer, N. (1991). *Gender, production and well-being: Rethinking the household economy*. Sussex, UK: Institute of Development Studies.
- Kelly, M. et al. (2006). Guide for the Knowledge Networks for the presentation of reports and evidence about the social determinants of health. Organización Mundial de la Salud.
- Kornblit, A., & Sustas, S. (2014). *La sexualidad va a la escuela*. Biblos.
- Kumar, K., & Shukla, T. (2017). Towards social justice in institutions of higher learning: Addressing Gender Inequality in Science & Technology through Capability Approach. *Adm. Sci*, 7, 22.
- Lamas, M. (2013a). “La antropología feminista y la categoría género”. En Marta Lamas (comp.), *El género la construcción cultural de la diferencia sexual*, 4ta reimpresión, Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de Género.

- Lamas, M. (2013b). "Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género". En Marta Lamas (comp.), *El género la construcción cultural de la diferencia sexual*, 4ta reimpression, Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de Género.
- Lasso, P. (2012). Atención prenatal: ¿tensiones o rutas de posibilidad entre cultura y el sistema de salud? *Pensamiento Psicológico*, 10.
- Lenahan, J. et al. (2018). Human Metapneumovirus and Other Respiratory Viral Infections during Pregnancy and Birth, Nepal. *Emerging Infectious Diseases*
- León, S.(2010). Interculturalidad y salud: recursos adecuados para la población indígena o propuestas orientadas a opacar la desigualdad social. *Centro de investigaciones y Estudios Superiores de Antropología Social*.
- Lip, C., & Rocabado, F. (2005). *Determinantes sociales de la salud en Perú*. Ministerio de Salud del Perú.
- Maddala, G., & Lahiri, K. (2012). *Introduction to econometrics*. 4th edition. Wiley.
- Maine, D., & McCarthy, J.(1992). A framework for Analyzing the Determinants of Maternal Mortality. *EEUU: JSTOR*, 23(1), 33.
- Marmot, M. *The status syndrome: how social standing affects our health and longevity*. New York Times Books.
- Maslow, A. (1943). *A Theory of Human Motivation*.
- Mef. (2008). Programa Presupuestal Articulado Nutricional. Retrieved from: https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_public/documentacion/PE0001_Programa_Articulado_Nutricional.pdf
- Mef. (2008 a). Programa Salud Materno Neonatal. Retrieved from: https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_public/documentacion/PE0002_Programa_Salud_Materno_Neonatal.pdf
- Mef. (2019). Presupuesto por resultados. Retrieved from: <https://www.mef.gob.pe/es/presupuesto-por-resultados/instrumentos/programas-presupuestales>
- Mejía, A., Sánchez, A., & Tamayo, J. (2007). *AMAYO 2007 Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia En: Revista Salud Pública*. Colombia: Universidad de Antioquia.
- Menzies, S. et al. (2014). Risk Factors for Soil-Transmitted Helminth Infections during the First 3 Years of Life in the Tropics; Findings from a Birth Cohort. *PLoS Negl Trop Dis* 8(2).
- Minsa. (2010). Atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de salud 2005-2008. Retrieved from: http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1134_OEI242.pdf
- Minsa. (2014). Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en el País para el 2014-2016. Retrieved from: https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/cenan/depydan/documentosNormativos/10_Plan%20DCI%20Anemia%20%20Versi%C3%B3n%20final.pdf

- Minsa. (2017 a). Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021. Retrieved from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4189.pdf>
- Minsa. (2017b). Norma Técnica-manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. Retrieved from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>
- Minsa. (2017). Rendición de cuentas y seguimiento de los recursos transferidos en el marco del fondo de estímulo al desempeño y logro de resultados sociales. Retrieved from: http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2016/anemia/documentos/11_Huanuco-GL-LogroSocial2016.pdf
- Naciones Unidas. (1999). El derecho a una alimentación adecuada Art. 11. Observación *General 12*.
- Naciones Unidas & Cepal. (2016). Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe. Retrieved from: <http://www.sela.org/media/2262361/agenda-2030-y-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible.pdf>
- Nussbaum, M. (2012). Crear capacidades Propuesta para el desarrollo humano. *PAIDÓS*.
- Nussbaum, M. (2002). Las mujeres y el desarrollo humano. Herder Editorial.
- Oldiges, C. (2017). Measuring Malnutrition and Dietary Diversity: Theory and Evidence from India. *OPHI Working Paper No. 108*.
- OMS. (2007). Lanzamiento del nuevo Patrón Internacional de Crecimiento Infantil. Retrieved from: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/naiepi-patrones-crecimiento.pdf>
- OMS, UNICEF, UNFPA & el Banco Mundial. (2008). Mortalidad Materna en 2005. Ginebra 49. Retrieved from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43849/1/9789243596211_spa.pdf
- OMS. (2010). Subsanan las desigualdades en una generación. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.
- Ortner, S. (1991). ¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura? En Olivia Harris, Kate Young (comps.) *Antropología y Feminismo*.
- Pallarès, M. (2012). La cultura de género en la actualidad: actitudes del colectivo adolescente hacia la igualdad. *Tendencias Pedagógicas N°19*.
- Paraje, G. (2008). Evolución de la desnutrición crónica infantil y su distribución socioeconómica en siete países de América Latina y el Caribe. *División de desarrollo social. CEPAL, UNICEF*.
- Parker, R. & Aggleton, P. (2012). HIV e AIDS, desigualdade social e mobilização política. En: PAIVA, Vera; Ivan FRANÇA y Artur KALICHMAN (eds.). *Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde, livroIV: Planejar, fazer, avaliar*.
- Pelletier, D.; E. Frongillo; D. Schroeder & J. Habicht. (1995). The effect of malnutrition on child mortality in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 73, 443-448.

- Peñaranda, F. (2015). The individual, social justice and public health. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(4), 987–996. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015204.00552014>
- PNUD. (2006). Apreciación sustantiva del Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres “Juntos” / Perú. Retrieved from: <http://www2.juntos.gob.pe/storage/ckeditor/0Z9CtDZHLFOnayOSBcFERtMI7IxpWR.pdf>
- PNUD. (2007). Foro sobre el desarrollo humano 4. *Salud y desarrollo humano*.
- Pollitt, E. (1998). Effects of protein-energy malnutrition on human development: (publications: 1967 to 1996). *Universidad de California*.
- Pollitt, E. (1999). El desarrollo humano como proceso probabilístico: lecciones de treinta años de estudio sobre el desarrollo infantil en el tercer mundo. *Universidad de California*.
- Presidencia del Consejo de Ministros. (2010). Informe Compilatorio. *El programa Juntos, resultados y retos*.
- Raphael, D. (2006). Social determinants of health: present status, unanswered questions, and future directions. *Int. J Health Serv*, (4).
- Restrepo Mesa, S. L., & Parra Sosa, B. E. (2009). Implicaciones del estado nutricional materno en el peso al nacer del neonato. *Perspectivas En Nutrición Humana*, 11(2), 179–186. Retrieved from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-41082009000200005
- Robeyns, I. (2003). Sen’s Capability Approach and Gender Inequality: Selecting Relevant Capabilities. *Feminist Economics*, 9_2-3, 61-92.
- Romero, C., & Pereira, C. (2011). El enfoque positivo de la educación: aportes al desarrollo humano. *Ediciones Universidad de Salamanca*.
- Rosenzweig, M. R., & T. Paul Schultz. (1982). The Behavior of Mothers as Inputs to Child Health: The Determinants of Birth Weight, Gestation, and Rate of Fetal Growth. In *Nber*. <https://doi.org/10.1142/s0218194010004852>
- Rouvier, M. et al. (2011). Mapeo de problemas para la atención a la salud materna por actores estatales y federales. *Salud Pública Mex*, 53.
- Ruiz Bravo, P. (1994). Género, educación y desarrollo”. UNESCO.
- Ruiz Bravo, P. (2018). Una aproximación al concepto de género. Ensayo. Université de Fribourg.
- Ruger, J. P. (2006). Health, capability, and justice: toward a new paradigm of health ethics, policy and law. *Cornell Journal of Law and Public Policy*, 15(2), 403–482. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17136814>
- Salam, R. A., Das, J. K., & Bhutta, Z. A. (2014). Multiple micronutrient supplementation during pregnancy and lactation in low-to-middle-income developing country settings: Impact on pregnancy outcomes. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 65(1), 4–12. <https://doi.org/10.1159/000365792>
- Salas, L. (2005). Transmisión intergeneracional de la violencia intrafamiliar: evidencia para las familias Colombianas. *Universidad de los Andes*.

- Scott, J. (2013). "El género: una categoría útil para el análisis histórico". En Marta Lamas (comp.), *El género la construcción cultural de la diferencia sexual*, 4ta reimpresión, Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de Género.
- Scrimshaw, N.S. (1997) The relation between foetal malnutrition and chronic disease in later life: good nutrition and lifestyle matter from womb to tomb. *Editorial BMJ* 315:825-826 (4th October). Retrieved from: <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/315/7112/825>
- Sen, A. (1998). Capital Humano y Capacidad Humana. *Cuad. Econ* 17(29).
- Sen, A. (1999). Health in development. *Bulletin of the World Health Organization*.
- Sen, A. (2000). Desarrollo como Libertad. *Editorial Planeta Buenos Aires*.
- Sen, A. (2002). Why health equity? *Health economics* 11.
- Shahidur, R., Gayatri, B.& Hussain, A. (2017). Handbook on impact evaluation. Quantitative methods and practices. The World Bank.
- Shipman, J., Swanquist, Q.& Whited, R. (2017). Propensity Score Matching in Accounting Research. *The Accounting Review* 92 (1).
- Siega-Riz, A. M., Hartzema, A. G., Turnbull, C., Thorp, J., McDonald, T., & Cogswell, M. E. (2006). The effects of prophylactic iron given in prenatal supplements on iron status and birth outcomes: A randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 194(2), 512–519. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2005.08.011>
- Spence, A., Hesketh, K., Crawford, D., & Campbell, K. (2016). Mothers perception of the influences on their child feeding practices – a qualitative study. *Appetite*, volumen 105.
- Starrs, A. (1997). "The safe motherhood action agenda: priorities for the next decade" Colombo-Sri Lanka: Family Care International, Inter-Agency Group for Safe Motherhood, pp. 95.
- Stromquist, N. (2006). Una cartografía social del género en educación. *Educ. Soc. Campinas*, (97).
- Tubino, F. (2015). La interculturalidad en cuestión. *Fondo Editorial de la Pontificia universidad Católica del Perú*.
- UNDP (2016). Human Development Report 2016.
- UNICEF (2009) Tracking Progress on Child and Maternal Nutrition.
- UNICEF (2011). La desnutrición infantil. Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento.
- UNU (2000) Recipe for a healthier tomorrow? Elements of a strategy to end the scourge of malnutrition. *Food and Nutrition Bulletin / United Nations University (UNU)*.
- Valdés et al. (2002). Chlamydia Trachomatis: transmisión vertical con membras íntegras.
- Valdivia, M. (2006). El enfoque de género en el estudio "Planificación familiar y salud materno-infantil en el Perú: ¿una cuestión de número o de momento?". *Economía y Sociedad*, (61).

- Vallenas, G. (2009). Cobertura y calidad de los servicios de salud reproductiva y otras variables, y su relación con el nivel de la mortalidad materna: 2007. Centro de Investigación y Desarrollo del Instituto Nacional de Estadística e Informática.
- Vargas, R., Ruíz, R. & Florez, A. (2013). Systematization of the “Partnership for Child Nutrition” Project. USAID.
- Velázquez, A., Larramendy, J., & Rubio, J. (1998). Factores de riesgo de desnutrición proteico-energética en niños menores de 1 año de edad. *Revista Cubana Aliment Nutr* 12(2).
- Venkatapuram, S. (2011). Health justice. An argument from the capabilities approach. *Cambridge, PolityPress*.
- Vial, P. & Prado, P. (1993). Diagnóstico y manejo obstétrico de infecciones virales de transmisión vertical. *ARS Medica*.
- Vicente, P. (2017). Los estudios de salud materna intercultural en Bolivia: De la teoría a la praxis. *Boletín Americanistas*.
- Victora, C. G., Adair, L., Fall, C., Hallal, P. C., Martorell, R., Richter, L., & Sachdev, H. S. (2008). Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *The Lancet*, 371(9609), 340–357. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61692-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61692-4)
- Villar, E. (2007). Los determinantes sociales de salud y la lucha por la equidad en salud: desafíos para el Estado y la sociedad civil. *Saúde Soc. Sao Paulo*, (16).
- Wilkinson, R. (1997). Socioeconomic determinants of health. Health inequalities: relative or absolute material standards? *Br. Med*, (314).
- Wolff, J. & de-Shalit, A. (2007). On fertile functionings: a response to Martha Nussbaum.
- Wolff, J. (2009). Disadvantage, risk and the social determinants of health. *Public Health Ethics*, 2(3), 214–223. <https://doi.org/10.1093/phe/php033>
- Yajuan Li, Palma, A. & Zhicheng, P. (2017). Impacts of playing after school on academic performance: a propensity score matching approach. *Education Economics*.
- Yon, C. (2013). Salud y derechos reproductivos de mujeres rurales jóvenes: políticas públicas y programas de desarrollo en América Latina. Instituto de Estudios Peruanos. http://biblioteca.clacso.edu.ar/Peru/iep/20170329024244/pdf_1432.pdf
- Yon, C. (2015). Teorías de cambio y buenas prácticas en salud sexual y reproductiva de los adolescentes: una relectura. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico.
- Yon, C. (2016). Salud para todos y todas en un país desigual y diverso: buenas señales y pronto desafíos. Instituto de Estudios Peruanos.