

ARTÍCULO ORIGINAL

1. Universidad Nacional Intercultural de la Selva Central Juan Santos Atahualpa, Junín, Perú
2. Universidad Nacional de Huancavelica, Huancavelica, Perú
3. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú
4. Natural and Social Sciences Research
 - a. Licenciado en Administración, Magíster en Gestión Pública ORCID 0000-0002-5728-2163;
 - b. Licenciado en Enfermería, Doctor en Ciencias de Enfermería ORCID 0000-0003-1109-5458;
 - c. Licenciada en Enfermería, Doctora en Ciencias de la Salud ORCID 0000-0002-7219-9907;
 - d. Licenciada en Obstetricia, Doctora en Ciencias de la Salud ORCID 0000-0002-1978-0903;
 - e. Licenciado en Enfermería, Maestro en Salud Pública ORCID 0000-0002-8326-4276;
 - f. Licenciado en Enfermería, Doctor en Ciencias de la Salud ORCID 0000-0002-0553-3063;
 - g. Licenciada en Enfermería ORCID 0000-0003-3695-591X;
 - h. Médico Cirujano, Magíster en Epidemiología ORCID 0000-0002-4560-7776

Declaración de autoría: Todos los autores participaron en la conceptualización, investigación y aprobación de la versión final, asumiendo la responsabilidad del contenido del artículo. AEOG colaboró en el diseño de la metodología, curación de datos y análisis formal. AEOG y MPQJ participaron en la redacción del manuscrito.

Responsabilidades éticas: El estudio se realizó sobre datos agregados de unidades territoriales por lo que no requirió de evaluación por un Comité Institucional de Ética en Investigación.

Confidencialidad de los datos: La base de datos agregados analizada anonimizada se encuentra disponible de manera pública y gratuita en la página web del Instituto Nacional de Estadística e Informática. No se usó inteligencia artificial en el estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: El presente estudio es una investigación de análisis de datos secundario; no hubo enrolamiento primario de personas.

Financiamiento: Autofinanciado.

Conflicto de interés: Los autores no declaran conflicto de interés para el presente artículo.

Aportación original e importancia: La investigación ofrece importante conocimiento sobre la relación entre la pobreza y el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en las mujeres peruanas, evidenciando el avance en la reducción de la desigualdad mediada por la pobreza monetaria, pero también la aún existente desigualdad mediada por la pobreza estructural. Estos hallazgos proporcionan evidencia para políticas, programas e investigaciones específicas que aborden las necesidades sanitarias de las mujeres que viven en la pobreza y contribuyan a garantizar servicios de salud más inclusivos y equitativos.

Recibido: 14 diciembre 2023

Aceptado: 15 enero 2024

Publicación en línea: 30 marzo 2024

Correspondencia:

Alfredo Enrique Oyola-García

📍 Jr. Huancabamba 1236 #107, Breña, Lima, Perú

☎ 956124996

✉ aoyolag@gmail.com

Citar como: Pacovilca-Alejo GS, Zea-Montesinos CC, Pacovilca-Alejo OV, Zagaceta-Guevara Z, Reginaldo-Huamani R, Quispe-Rojas R, Quispe-Illanzo MP, Oyola-García AE. Pobreza y desigualdad en el acceso a la salud sexual y reproductiva de las mujeres peruanas. Rev peru ginecol obstet.2024;70(1). DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v70i2595>

Pobreza y desigualdad en el acceso a la salud sexual y reproductiva de las mujeres peruanas

Poverty and inequality in access to sexual and reproductive health care for Peruvian women

Gelber Sebasti Pacovilca-Alejo^{1,a}, César Cipriano Zea-Montesinos^{2,b}, Olga Vicentina Pacovilca-Alejo^{2,c}, Zaida Zagaceta-Guevara^{3,d}, Rafael Reginaldo-Huamani^{2,e}, Rodrigo Quispe-Rojas^{2,f}, Melisa Pamela Quispe-Illanzo^{4,g}, Alfredo Enrique Oyola-García^{4,h}

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v70i2595>

RESUMEN

Objetivo. Determinar la influencia de la pobreza en la desigualdad sociogeográfica del acceso a la salud sexual y reproductiva de mujeres peruanas. **Métodos.** Estudio observacional, analítico y ecológico con los datos agregados correspondientes a Lima Metropolitana, Provincia Constitucional del Callao y 24 departamentos del Perú registrados para el año 2021 por el Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú. El análisis incluyó pruebas de correlación, regresión lineal simple y el cálculo de los índices de Kuznets, índice de concentración de la desigualdad (ICD) y el índice de desigualdad de la pendiente (IDP). **Resultados.** La proporción de mujeres que no usaban métodos anticonceptivos modernos se asoció con la proporción de población en pobreza monetaria ($r=0,448$; $p=0,022$) con una brecha de desigualdad absoluta de 6,92% y relativa de 1,16 (ICD=0,034; IDP=7,875). La proporción de gestantes sin atención prenatal por personal de salud calificado y la proporción de partos sin asistencia de personal de salud calificado se asociaron con la proporción de población en pobreza no monetaria. Las brechas de desigualdad absoluta y relativa fueron 5,29% y 8,90 (ICD=0,526; IDP=5,270) para la atención prenatal, mientras que en la atención del parto llegó a 11,33% y 11,03 (ICP=0,453; IDP=12,440). **Conclusiones:** La pobreza no monetaria explicaría las brechas de desigualdad observadas en la proporción de gestantes sin atención prenatal por personal de salud calificado y la proporción de partos sin asistencia de personal de salud calificado en mujeres peruanas.

Palabras clave. Equidad de género, Salud de la mujer, Pobreza, Salud reproductiva

ABSTRACT

Objective: To determine the influence of poverty on sociogeographic inequality in the access to sexual and reproductive health of Peruvian women. **Methods:** An observational, analytical and ecological study with aggregate data corresponding to Metropolitan Lima, Constitutional Province of Callao and 24 departments of Peru registered for the year 2021 by the National Institute of Statistics and Informatics of Peru. The analysis included correlation tests, simple linear regression and the calculation of Kuznets indices, inequality concentration index (ICI) and slope inequality index (SII). **Results:** The proportion of women not using modern contraceptive methods was associated with the proportion of population in monetary poverty ($r=0.448$; $p=0.022$) with an absolute inequality gap of 6.92% and relative inequality gap of 1.16 (ICI =0.034; SII=7.875). The proportion of pregnant women without prenatal care by qualified health personnel and the proportion of deliveries without assistance from skilled health workers were associated with the proportion of the population in nonmonetary poverty. The absolute and relative inequality gaps were 5.29% and 8.90 (ICI=0.526; SII=5.270) for prenatal care, and 11.33% and 11.03 (ICI=0.453; SII=12,440) for delivery care. **Conclusions:** Non-monetary poverty would explain the inequality gaps observed in the proportion of pregnant women without prenatal care by qualified health personnel and the proportion of deliveries without the assistance of skilled health personnel in Peruvian women.

Key words: Gender equity, Women's health, Poverty, Reproductive health

INTRODUCCIÓN

La salud sexual y reproductiva es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad (atención materna y neonatal, planificación familiar, atención del parto, entre otros⁽¹⁾). Es reconocida internacionalmente como un derecho fundamental del ser humano que permite a todas las personas el acceso a la información, los servicios y los medios para tomar decisiones informadas sobre su



salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar; libres de coerción, discriminación y violencia⁽²⁾. Sin embargo, es conocida la inequidad que tienen las mujeres para el ejercicio de este derecho, debido a las costumbres o normas culturales, factores ideológicos y políticos, deficiente infraestructura de salud, así como presencia de leyes discriminatorias o aplicación ineficiente de aquellas diseñadas para su protección. Esta situación es peor cuando la mujer está en pobreza extrema, es oprimida o tiene pocos derechos civiles⁽³⁾.

Diferentes estudios internacionales han evidenciado este problema. Hall y col.⁽⁴⁾ mostraron las desigualdades existentes en el uso de los servicios de salud reproductiva entre las mujeres estadounidenses, particularmente entre las más jóvenes y las mujeres socialmente desfavorecidas. Gutiérrez y col.⁽⁵⁾ evidenciaron la inequidad de la distribución del parto domiciliario, la tasa de fecundidad específica en mujeres de 15 a 49 años y la razón de mortalidad materna, que afectaban a las poblaciones más pobres. Alameh y col.⁽⁶⁾ y Ogundele y col.⁽⁷⁾ también observaron desigualdades en el uso de los servicios de atención de salud reproductiva en detrimento de la población del África Subsahariana más pobre. Un estudio en Nigeria⁽⁸⁾ encontró que las adolescentes sin educación y aquellas que pertenecían a grupos sociales más bajos usaban menos anticonceptivos en comparación con sus contrapartes con mayor riqueza y estatus social.

Aunque en el 2021 el 78,1% de las mujeres peruanas unidas en edad fértil tuvieron acceso a los métodos anticonceptivos, solo 57,0% usaron métodos modernos y no varió significativamente en el 2022. Esta situación afecta principalmente a las mujeres de la sierra rural, con instrucción primaria o menos y a las que pertenecen al quintil inferior⁽⁹⁾. Esta población también tiene menor acceso al cuidado prenatal y al parto institucional, que evidenciarían las brechas en el acceso a la salud sexual y reproductiva, aunque en un reciente estudio no se halló desigualdad sustancial en el uso de anticonceptivos modernos⁽¹⁰⁾.

La escasa evidencia de la desigualdad existente en el acceso de las mujeres a la salud sexual y reproductiva ha motivado el desarrollo del presente estudio con el objetivo de determinar la influencia de la pobreza en la desigualdad socio-

geográfica del acceso a la salud sexual y reproductiva de las mujeres peruanas.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, analítico, ecológico, basado en el análisis secundario de los datos agregados correspondientes a Lima Metropolitana, Provincia Constitucional del Callao y 24 departamentos del Perú comunicados para el año 2021 por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del Perú.

La variable dependiente fue la salud sexual y reproductiva de la mujer medida a través de los indicadores de desigualdad de género referidos a salud reproductiva calculados por el INEI⁽¹¹⁾ y que forman parte de los indicadores de resultados de los programas presupuestales. Estos incluyen: adolescentes entre 15 y 19 años madres o embarazadas, mujeres unidas de 15 a 49 años que usan métodos anticonceptivos (total y modernos), gestantes que recibieron atención prenatal de personal de salud calificado y partos con asistencia de personal de salud calificado⁽⁹⁾. Para un mejor entendimiento y uniformidad del análisis, los indicadores positivos se convirtieron en indicadores negativos. Asimismo, los tamaños poblacionales por departamento para el año 2021 fueron obtenidos del Repositorio Único de Información Nacional en Salud⁽¹²⁾.

La variable independiente fue pobreza, medida a través de dos métodos: pobreza no monetaria (necesidades básicas insatisfechas)⁽¹³⁾ y pobreza monetaria⁽¹⁴⁾. El primer método agrupa variables que caracterizan los hogares de acuerdo con las necesidades básicas estructurales como hogares en viviendas con características físicas inadecuadas, con hacinamiento y/o sin desagüe, así como hogares con niños que no asisten a la escuela y/o con alta dependencia económica; brindan información específica de la situación de pobreza según las características sociales⁽¹⁵⁾. El segundo método usa el gasto para evaluar el bienestar a través de las compras, el autoconsumo, el autosuministro, los pagos en especies, las transferencias de otros hogares y las donaciones públicas⁽¹⁶⁾.

Los datos fueron ingresados a una base creada en el programa MS Excel® para su procesamiento y análisis empleando el software libre R Commander.



El análisis bivariado incluyó las pruebas estadísticas rho de Pearson y regresión lineal. Mediante regresión lineal simple se identificaron los indicadores de las variables dependientes que eran explicados significativamente ($p < 0,05$; ANOVA) -con ausencia de autocorrelación ($p > 0,05$; Durbin-Watson) por la pobreza observada en los gobiernos subnacionales.

La desigualdad sociogeográfica se determinó cuando el indicador evaluado era explicado por la pobreza mediante la brecha y el gradiente de desigualdad; la brecha absoluta y relativa a través de los índices de Kuznets; los gradientes de desigualdad absoluto y relativo mediante el índice de desigualdad de la pendiente y el índice de concentración de la desigualdad, respectivamente. Estos se calcularon siguiendo la metodología propuesta por la Organización Panamericana de la Salud^(17,18).

El estudio no requirió de autorización de Comité de Ética, debido a que se realizó con los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú y a disposición del público en general. No se utilizó inteligencia artificial en el diseño, desarrollo, análisis o redacción de los resultados de la investigación.

RESULTADOS

La pobreza monetaria solo correlacionó significativamente con la proporción de mujeres que usaban métodos anticonceptivos modernos ($r = 0,448$; $p = 0,022$); mientras que la pobreza no monetaria se relacionó con la proporción de adolescentes madres o embarazadas ($r = 0,641$; $p = 0,000$), la pro-

porción de gestantes sin atención prenatal por personal de salud calificado ($r = 0,771$; $p = 0,000$) así como con la proporción de partos sin asistencia de personal de salud calificado ($r = 0,783$; $p = 0,000$). En el análisis de regresión lineal simple, la pobreza monetaria se configuró como variable que explicaba el 20,1% de la varianza en la proporción de mujeres que utilizaban métodos anticonceptivos modernos [(F=6,021; $p = 0,022$); (D-W=2,137; $p = 0,890$)]. Asimismo, la pobreza no monetaria explicó el 59,5% de la varianza en la proporción de gestantes sin atención prenatal por personal de salud calificado [(F=35,250; $p = 0,000$); (D-W=1,706; $p = 0,425$) y el 61,4% de la proporción de mujeres cuyos partos no tuvieron asistencia de personal de salud calificado [(F=38,150; $p = 0,000$); (D-W=1,971; $p = 0,908$). Esta variable también explicó el 41,1% de la proporción de adolescentes madres o embarazadas; sin embargo, los datos presentaron autocorrelación [(F=16,770; $p = 0,000$); (D-W=1,238; $p = 0,039$) (tabla 1).

En la figura 1a se observa que, a mayor proporción de pobreza monetaria existe mayor proporción de mujeres que no usan métodos anticonceptivos modernos. Esta proporción es mayor en el quintil más pobre (47,9%) -en términos monetarios- en comparación con el quintil más rico (41,0%). La brecha de desigualdad absoluta fue 6,9% mientras que la brecha relativa fue 1,2 (Figura 1b). La curva de concentración basada en la proporción de mujeres que no usan métodos anticonceptivos modernos presenta diagonalización (índice de concentración de la desigualdad [ICD]=0,034), con un ligero exceso de prevalencia equivalente a 7,875 a lo largo del gradiente determinado por la pobreza monetaria (figuras 1c y 1d).

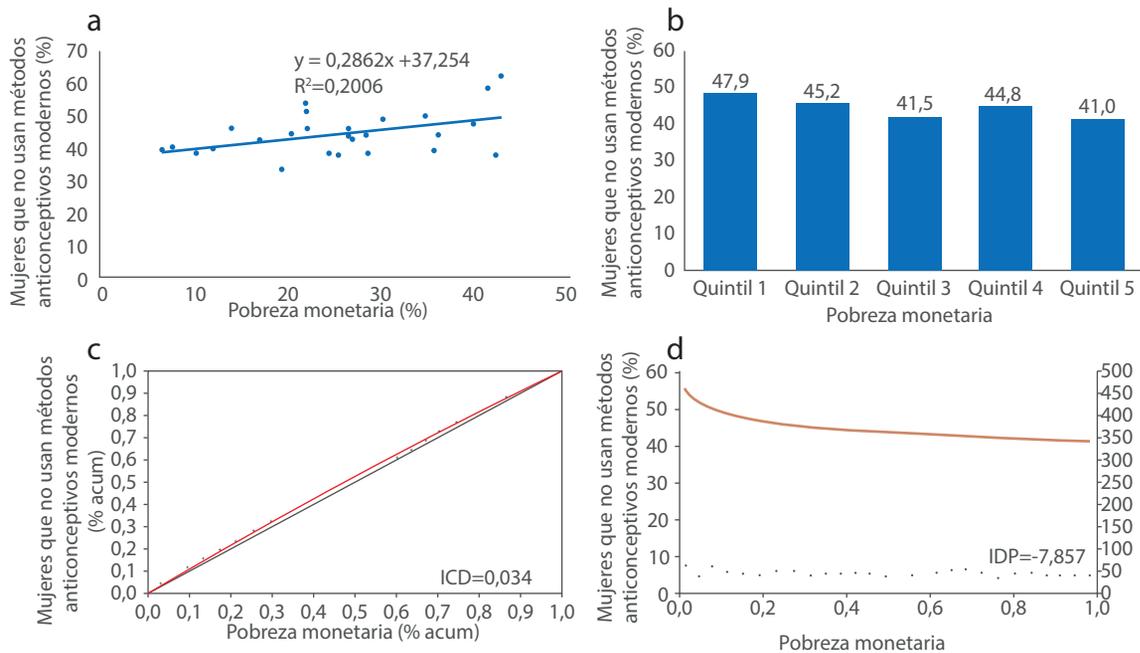
TABLA 1. ANÁLISIS BIVARIADO DE LOS INDICADORES DE BRECHA DE GÉNERO SEGÚN TIPO DE POBREZA.

Variables	Correlación		Regresión lineal simple				
	rho	p	R ²	F	p	D-W	p
Pobreza monetaria							
Adolescentes (de 15 a 19 años) madres o embarazadas	-0,053	0,798					
Mujeres que no usan métodos anticonceptivos	-0,125	0,543					
Mujeres que no usan métodos anticonceptivos modernos	0,448	0,022	0,201	6,021	0,022	2,137	0,890
Gestantes sin atención prenatal de personal de salud calificado	0,183	0,370					
Partos sin asistencia de personal de salud calificado	0,235	0,249					
Pobreza no monetaria							
Adolescentes (de 15 a 19 años) madres o embarazadas	0,641	0,000	0,411	16,770	0,000	1,238	0,039
Mujeres que no usan métodos anticonceptivos	0,290	0,215					
Mujeres que no usan métodos anticonceptivos modernos	0,076	0,758					
Gestantes sin atención prenatal de personal de salud calificado	0,771	0,000	0,595	35,250	0,000	1,706	0,425
Partos sin asistencia de personal de salud calificado	0,783	0,000	0,614	38,150	0,000	1,971	0,908

rho= R de Pearson, p=significancia, R²= coeficiente de determinación, F=ANOVA, D-W=Durbin-Watson (autocorrelación)



FIGURA 1. ANÁLISIS DE DESIGUALDAD DE ACCESO A MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS MODERNOS SEGÚN POBREZA MONETARIA.



a: regresión lineal, b: brecha de desigualdad, c: curva de concentración, d: pendiente de regresión

La figura 2a evidencia la correlación entre la proporción de gestantes sin atención prenatal por personal de salud calificado y la pobreza monetaria. Este indicador sanitario negativo es mayor en el quintil con mayor pobreza no monetaria (5,9%) en comparación con el quintil menos pobre (0,7%) (figura 2b). La brecha de desigualdad absoluta fue 5,3% mientras que la brecha relativa fue 8,9. La curva de concentración basada en la proporción de gestantes sin atención prenatal por personal de salud calificado se ubica por encima de la diagonal (ICD=0,526), con un exceso de prevalencia equivalente a 5,270 a lo largo del gradiente determinado por la pobreza no monetaria (figuras 2c y 2d).

Igualmente, la figura 3a evidencia la correlación directa entre la proporción de partos sin asistencia de personal de salud calificado y la pobreza no monetaria; así, este resultado sanitario negativo es mayor en el quintil con más pobreza no monetaria (12,5%) en comparación con el quintil con menos pobreza no monetaria (1,1%). La brecha de desigualdad absoluta fue 11,3% mientras que la brecha relativa fue 11,0 (figura 3b). La curva de concentración basada en la proporción de partos sin asistencia de personal de salud calificado se ubica por encima de la diagonal (ICD=0,453), con un exceso de prevalencia equivalente a 12,440 a lo largo del gradiente determinado por la pobreza no monetaria (figuras 3c y 3d).

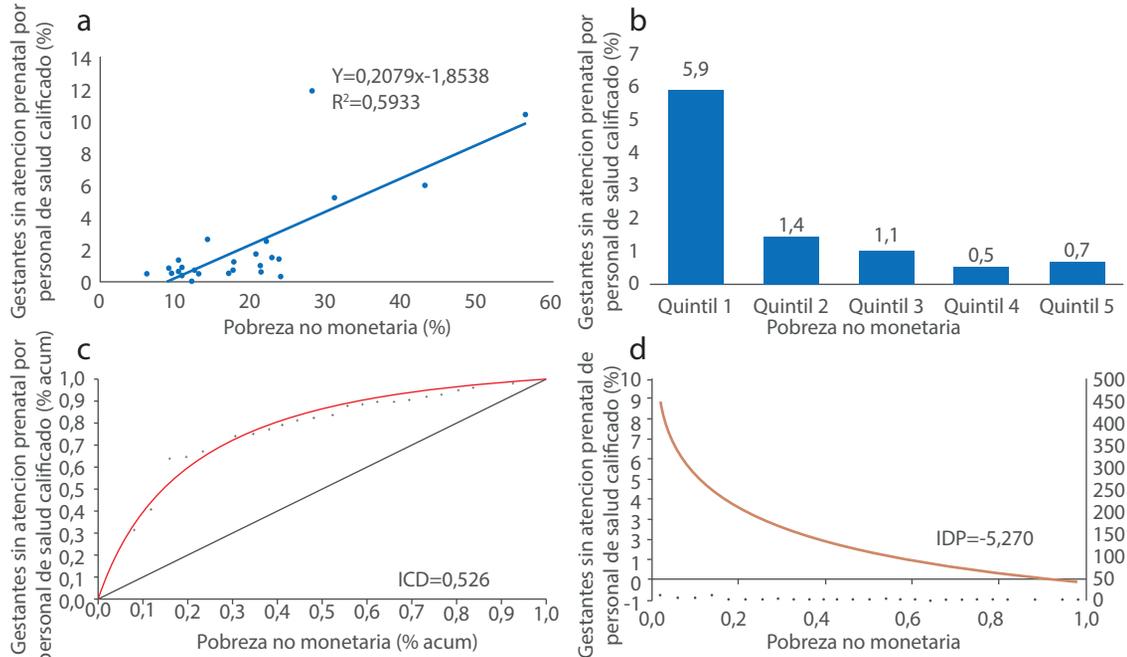
DISCUSIÓN

Nuestro estudio reveló que, en términos generales, la pobreza estaría dejando de ser una de las variables que limita a las mujeres en el uso de métodos anticonceptivos modernos. La pobreza no monetaria no estuvo asociada y la pobreza monetaria, a pesar de ser una variable explicativa de la desigualdad sociogeográfica para el acceso a los métodos anticonceptivos modernos que afecta a las mujeres más pobres, tuvo baja magnitud. La limitación del acceso podría estar relacionada con la cadena de abastecimiento y provisión pública sumada al elevado número de usuarias de métodos anticonceptivos de corta duración⁽¹⁹⁾.

No ocurrió lo mismo cuando se analizó el acceso a la atención prenatal y el parto -en ambos casos por personal calificado- pues las mujeres con mayores niveles de pobreza no monetaria tuvieron menor acceso a estos dos tipos de atención, lo que evidencia la exclusión marginal existente. Estudios previos a la pandemia por COVID 19 ya habían encontrado las desigualdades existentes en el acceso a los controles prenatales, en cantidad y calidad^(20,21), así como a la atención del parto por personal calificado⁽²²⁾ que afectaron a poblaciones que soportan mayores tasas de pobreza. Sin embargo, los resultados del presente estudio evidenciarían que estas brechas habrían aumentado luego de la pandemia por COVID-19.

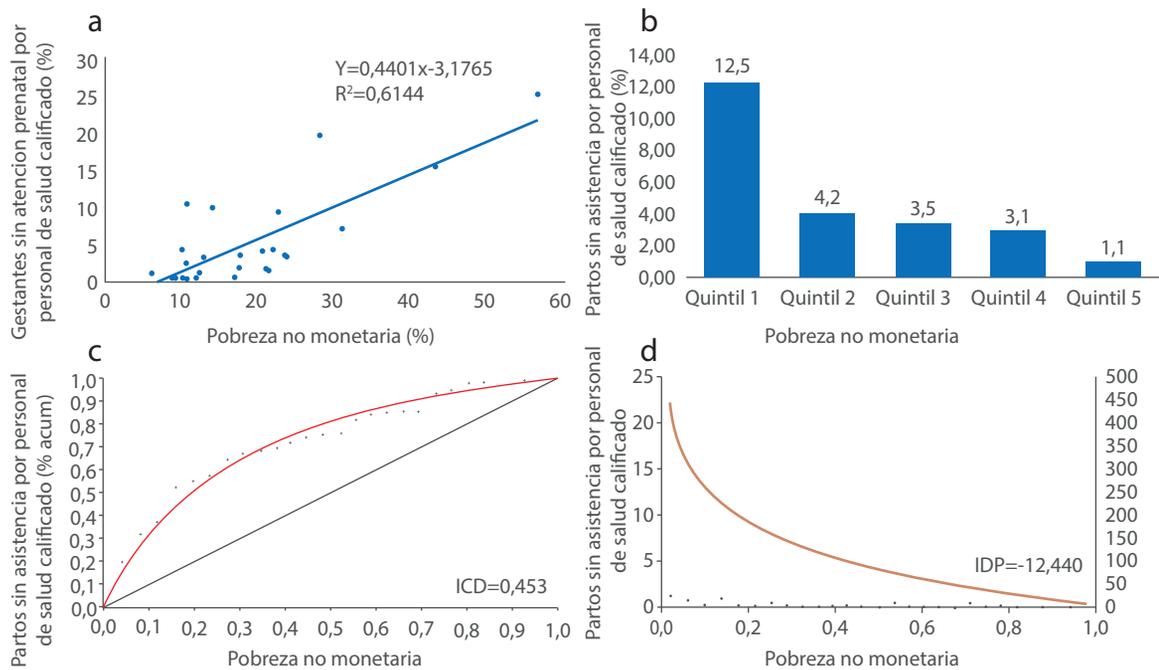


FIGURA 2. ANÁLISIS DE DESIGUALDAD DE ACCESO A ATENCIÓN PRENATAL POR PERSONAL DE SALUD CALIFICADO SEGÚN POBREZA NO MONETARIA.



a: regresión lineal, b: brecha de desigualdad, c: curva de concentración, d: pendiente de regresión

FIGURA 3. ANÁLISIS DE DESIGUALDAD DE ACCESO A PARTOS CON ASISTENCIA DE PERSONAL DE SALUD CALIFICADO SEGÚN POBREZA NO MONETARIA.



a: regresión lineal, b: brecha de desigualdad, c: curva de concentración, d: pendiente de regresión

Los hallazgos sugieren que, para reducir la pendiente del gradiente, las intervenciones universales sean realizadas con intensidad y escala proporcionales al grado de desventaja social⁽²³⁻²⁵⁾. Es decir, las intervenciones destinadas a reducir las brechas de desigualdad en el acceso en el control prenatal y el parto y la atención por personal calificado deben ser universales, pero con énfasis en las mujeres con necesidades básicas

insatisfechas, especialmente en aquellos departamentos con mayores tasas de pobreza no monetaria y en quienes son receptoras del mayor impacto de la pobreza.

En ese sentido, se requieren políticas públicas que mejoren la situación socioeconómica de los grupos históricamente afectados, medidas que garanticen la disponibilidad y accesibilidad de las



mujeres en edad fértil a servicios de salud de alta calidad culturalmente apropiados, investigación para identificar los determinantes específicos que generan desigualdad en el acceso a la salud sexual y reproductiva, así como medidas intersectoriales que mejoren estos determinantes, entre otras.

Como limitaciones del presente estudio se debe tener en consideración que los datos agregados no permiten aseveraciones de carácter individual, las unidades de análisis utilizadas podrían distorsionar los resultados, por lo que se requiere de estudios con unidades de análisis de mayor desagregación. Asimismo, pueden existir otras variables que influyan en los resultados evaluados y que no han sido consideradas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OPS. Salud Sexual y Reproductiva: Salud y derechos sexuales en el curso de vida. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. 2023 <https://www.paho.org/es/temas/salud-sexual-reproductiva>
2. Shapiro A, Duff P. Sexual and reproductive health and rights inequities among sex workers across the life course. In: Gold-berg S, Morgan R, Forbes A, et al., Editors. Sex work, health, and human rights: Global inequities, challenges, and opportunities for action. 1st ed. Cham (CH): Springer; 2021; p. 61–77. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK585697/>
3. Tesha J, Fabian A, Mkuwa S, Misungwi G, Ngalesoni F. The role of gender inequities in women's access to reproductive health services: a population-level study of Simiyu Region Tanzania. BMC Public Health. 2023 Jun 9;23(1):1111. doi: 10.1186/s12889-023-15839-w
4. Hall KS, Moreau C, Trussell J. Determinants of and disparities in reproductive health service use among adolescent and young adult women in the United States, 2002–2008. Am J Public Health. 2012 Feb;102(2):359-67. doi: 10.2105/AJPH.2011.300380
5. Gutiérrez JP, Leyva Flores R, Aracena Genao B. Social inequality in sexual and reproductive health in Ecuador: An analysis of gaps by levels of provincial poverty 2009-2015. Int J Equity Health. 2019 Jun 3;18(1):49. doi: 10.1186/s12939-019-0951-0
6. Alamneh TS, Teshale AB, Yeshaw Y, Alem AZ, Ayalew HG, Liyew AM, et al. Socioeconomic inequality in barriers for accessing health care among married reproductive aged women in sub-Saharan African countries: a decomposition analysis. BMC Womens Health. 2022 Apr 25;22(1):130. doi: 10.1186/s12905-022-01716-y
7. Ogundele OJ, Pavlova M, Groot W. Socioeconomic inequalities in reproductive health care services across Sub-Saharan Africa. A systematic review and meta-analysis. Sex Reprod Healthc. 2020 Oct;25:100536. doi: 10.1016/j.srhc.2020.100536
8. Akinyemi AI, Ikuteyijo OO, Mobolaji JW, Erinfolami T, Adebayo SO. Socioeconomic inequalities and family planning utilization among female adolescents in urban slums in Nigeria. Front Glob Womens Health. 2022 Aug 2;3:838977. doi: 10.3389/fgwh.2022.838977
9. INEI. Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, 2017-2022. Lima; 2023. <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/ppr.asp>
10. Díaz-Alvites AL, Yrala-Castillo G, Al-kassab-Córdova A, Munayco CV. Associated factors, inequalities, and spatial distribution of the use of modern contraceptive methods among women of reproductive age in Peru: a population-based cross-sectional study. BMC Public Health. 2022 Dec 5;22(1):2267. doi: 10.1186/s12889-022-14629-0
11. INEI. Estadísticas. 2023. Indicadores de género. <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/brechas-de-genero-7913/>
12. MINSA. Repositorio Único Nacional de Información en Salud. 2023. Población 2021. https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/poblacion_estimada.asp
13. INEI. Estadísticas. 2022. Sociales. <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/sociales/>
14. Instituto Peruano de Economía. Evolución de la pobreza regional 2004-2022. 2023. <https://www.ipe.org.pe/portal/evolucion-de-la-pobreza-regional-2004-2021/>
15. Ministerio de Economía y Finanzas del Perú. Política Económica y Social. 2023. 89. ¿Qué es la pobreza según Necesidades Básicas Insatisfechas? https://www.mef.gob.pe/es/?option=com_content&language=es-ES&Itemid=100694&view=article&catid=750&id=4856&lang=es-ES
16. INEI. Pobreza monetaria. En: INEI, editor. Perú: Perfil de la pobreza por dominios geográficos, 2004-2015. Lima: INEI; 2016. p. 58–80. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1370/cap03.pdf
17. Schneider MC, Castillo-Salgado C, Bacallao J, Loyola E, Mujica OJ, Vidaurre M, et al. Métodos de medición de las desigualdades de salud. Pan Am J Public Health 12(6):398-415. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9953>
18. EWEC LAC. Guía paso a paso para el cálculo de métricas de desigualdad en salud – Todas las Mujeres Todos los Niños. EWEC LAC. <https://www.everywomaneverychild-lac.org/publication/guia-calculo-desigualdad-salud/>
19. Oficina Regional para América Latina y el Caribe - LACRO. Impacto de la COVID-19 sobre el acceso a anticonceptivos. Lima; 2020 may. https://peru.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/factsheet_peru_impacto_del_covid_19_en_el_acceso_a_los_anticonceptivos_2.pdf
20. Canto YE. Desigualdades en la cobertura y en la calidad de la atención prenatal en Perú, 2009-2019. Rev Panam Salud Publica. 2022 Jun 10;46:e47. Spanish. doi: 10.26633/RPSP.2022.47
21. Hernández-Vásquez AA, Vargas-Fernández R, Bendezu-Quispe G. Factors associated with the quality of prenatal care in Peru. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2019 Apr-Jun;36(2):178-187. Spanish. doi: 10.17843/rpmesp.2019.362.4482
22. Organización Panamericana de la Salud. Equidad en la atención de salud en el Perú 2005-2015. 1a ed. Vol. 1. Lima: OPS; 2017. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34357>
23. Mújica ÓJ, Moreno CM. De la retórica a la acción: medir desigualdades en salud para “no dejar a nadie atrás”. Rev Panam Salud Publica. 2019 Feb 13;43:e12. Spanish. doi: 10.26633/RPSP.2019.1



24. Francis-Oliviero F, Cambon L, Wittwer J, Marmot M, Alla F. Desafíos teóricos y prácticos del universalismo proporcional: una revisión. *Rev Panam Salud Publica*. 2021 Oct 18;45:e102. Spanish. doi: 10.26633/RPSP.2021.102
25. Marmot M, Goldblatt P, Allen J, et al. Fair society, healthy lives: The Marmot review. 1a ed. Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010, editor. Vol. 1. London: The Marmot Review; 2010. 1–242 p. <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-full-report-pdf.pdf>