



PERÚ

Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables



Cuadernos sobre Poblaciones Vulnerables

Número 15, Año II - 2014



PERÚ: Población y desarrollo

Gracias por su lectura

Carmen Omonte, Ministra de la Mujer y Poblaciones Vulnerables – MIMP.

Julio Andrés Rojas, Viceministro de Poblaciones Vulnerables.

Lima, Perú

“Este nuevo escenario para ser aprovechado, requiere que se priorice la generación de inversiones productivas intensivas en trabajo, el incremento en la inversión social destinada a la capacitación laboral, políticas activas de promoción del empleo para jóvenes y el mejoramiento en la calidad de los servicios de salud ocupacional y educación técnica y superior. Es también un factor facilitador, el prever inversiones a mediano plazo para atender las demandas de la población adulta mayor y del país en su conjunto”.



Presentación

Dr. Julio Andrés Rojas Julca

Viceministro de Poblaciones Vulnerables

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), en cumplimiento de su rol rector en la temática de población, adopta las medidas necesarias para implementar la Política Nacional de Población, aprobada mediante Decreto Legislativo N° 346.

El Cuaderno de Poblaciones Vulnerables N° 15, tiene como propósito evidenciar el proceso de cambio de las estructuras de edades de la población, que en la actualidad se encuentra en un período de expansión poblacional de los de 15 a 64 años (Población en Edad de Trabajar), acompañado con la disminución de los menores de 15 años (por efecto de la disminución de la fecundidad), en tanto que de 65 y más años, crece a tasas mayores que los otros grupos de edad. La tasa de fecundidad disminuye y el promedio de nacimientos en el Perú bajó de 6,8 niños por mujer en el año 1962 a 2,4 al 2013.

Como se podrá observar, el Perú tiene una ventaja en cuanto a un gran contingente de población joven y en edad de trabajar; pero por otra, se presentan desafíos pues este gran contingente de población deberá contar con mejores niveles ocupacionales para mejorar

en conjunto las condiciones de vida de la población, asimismo debe de contar con políticas adecuadas para la inversión y desarrollo para orientar de manera sostenible el desarrollo del país.

Los contenidos del Cuaderno de Poblaciones Vulnerables N° 15, han sido elaborados por la Dirección de Población de la Dirección General de Población y Desarrollo del MIMP y es el resultado del trabajo en equipo logrado entre el Despacho Viceministerial de Poblaciones Vulnerables, Dirección de Población y Oficina General de Comunicaciones, en el marco del Día Mundial de Población.

El Despacho Viceministerial de Poblaciones Vulnerables pone a disposición de las autoridades del país y de la población en general el Cuaderno de Poblaciones Vulnerables N° 15, instrumento que va innovando contenidos y formas para la divulgación de nuestra labor en la investigación científico - social aplicada en diversos planes y programas en bien de la Población de nuestro País, articulada con al contexto global.





Pág. 5

El proceso de la transición demográfica



Pág. 27

Salud reproductiva y sexual



Pág. 13

El Bono Demográfico:
Oportunidad y reto para el desarrollo



Pág. 34

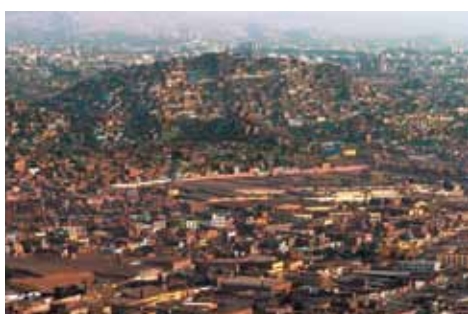
El proceso de envejecimiento de la población peruana

Pág. 40

Glosario de términos

Pág. 42

Bibliografía



Pág. 20

Aglomeramiento urbano y dispersión poblacional



1.-El proceso de la transición demográfica

La población tiene tres componentes que influyen directamente en su tamaño o dimensión, los cuales son: los nacimientos (natalidad / fecundidad), las muertes (mortalidad) y las entradas y/o salidas de población (migración que comprende la inmigración y la emigración respectivamente).

El primero de estos influyen positivamente en el total de la población, es decir los nacimientos adicionan habitantes. El segundo resta población. Y el tercero realiza las dos operaciones, es decir, adiciona por medio de los inmigrantes (población que llega a un lugar) y resta población por

medio de los emigrantes (población que sale de un lugar).

Cuando se cuantifican estas variables de estudio poblacional, se puede establecer los cambios en una población.

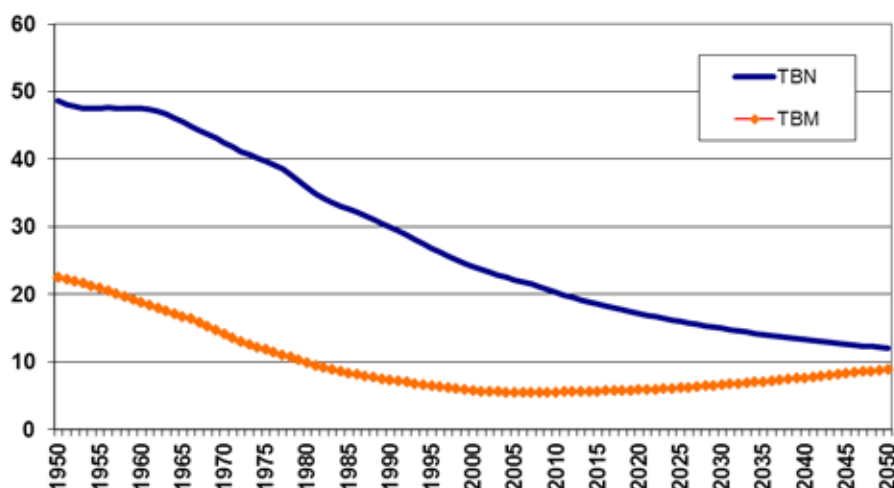
a. Evolución de la natalidad, mortalidad y la esperanza de vida al nacer

La Tasa Bruta de la Natalidad (TBN) expresa

los nacimientos por cada mil habitantes de un lugar o región. En el Perú este indicador hasta 1960 tuvo un comportamiento casi estable, en alrededor de 47 nacimientos por cada mil, en tanto que la Tasa Bruta de Mortalidad-TBM, que expresa el número de muertes por cada mil habitantes, era considerada alta para 1950, y se ubicaba en 22,5 muertes por cada mil (Gráfico N° 1.1).

GRÁFICO N° 1.1

PERÚ: TASAS BRUTAS DE NATALIDAD Y MORTALIDAD ESTIMADAS Y PROYECTADAS, 1959 - 2050



Elaboración propia

Fuente: INEI - Estimaciones y Proyecciones de la Población 1950 - 2050

Es decir había muchos nacimientos, pero también muchas muertes, no obstante la diferencia entre estos dos indicadores daba un incremento positivo de población (TBN-TBM).

Con los avances tecnológicos sobre todo en la medicina y el mejoramiento progresivo de los servicios de salubridad, se crean nuevas condiciones de vida y la mortalidad continuó descendiendo.

Las hambrunas, epidemias, infecciones y otras limitaciones, que en décadas atrás diezmaron a poblaciones, hoy son temas de historia. En siglos pasados poblaciones enteras se extinguían por falta de medicinas. Antiguamente una gripe exponía a las personas al riesgo de morir.

*El Gráfico N° 1.1
muestra la
declinación constante
de la natalidad, en
tanto que la
mortalidad luego de
haber disminuido
hasta el 2010,
se proyecta un
ascenso.*

Es probable que se haya proyectado una mortalidad mayor debido al incremento de la población adulta mayor que empieza a tomar presencia, al igual que en los países europeos, cuya mortalidad es mayor debido



a esta razón, dado que la transición demográfica es muy avanzada en aquellas sociedades nórdicas.

La esperanza de vida al nacer, que expresa la probabilidad que una persona puede vivir, si las condiciones de mortalidad se mantuvieran constante en un año fijo, para el año 1950 era poco más de 43 años. Esas nuevas condiciones como anotamos posibilitan, que en forma paulatina al año 2000, la esperanza de vida pasara a los 70 años y al 2050 se espera a 79,3 años de edad.

b. Estructura de la Población:

La población de un determinado lugar puede ser analizada agrupándola por edad, sexo, área residencial, lugar de nacimiento y otras variables. Dependerá del interés del análisis.

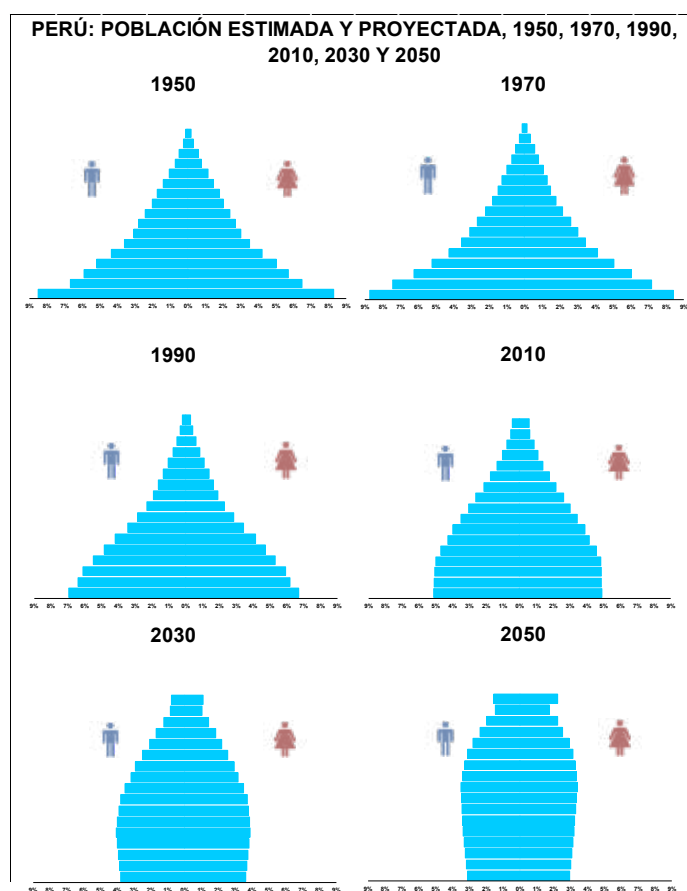
En este caso, se va a utilizar los grupos quinquenales de edad, que corresponden a grupos de cada cinco edades contiguas; es decir el primer grupo será el de 0 a 4 años de edad, el siguiente grupo conformado por niños y niñas de 5 a 9 años y así sucesivamente, hasta el último grupo de 80 y más años de edad.

Con estos grupos quinquenales, se forman las llamadas pirámides de población, cuyo nombre se debe a que esa estructura, inicialmente adopta esa figura geométrica.

Los nacimientos dan origen a la base de estructura piramidal. La mortalidad y la migración (entradas y salidas de población) adicionan o restan población en los grupos de edades, dando forma a la estructura poblacional.

En el Gráfico N° 1.2, se observa que la base de las pirámides ha ido disminuyendo en tamaño, debido a la progresiva disminución de la fecundidad que se mostró anteriormente.

GRÁFICO N° 1. 2



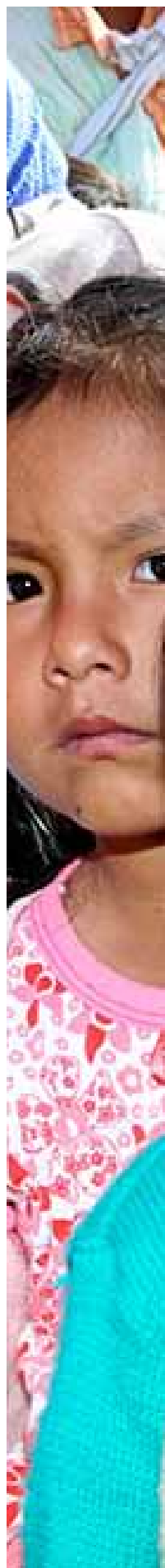
Elaboración propia

Fuente: INEI - Estimaciones y Proyecciones de la Población 1950 - 2050

A su vez, estos nacimientos, conforme pasa el tiempo, se van trasladando hacia los grupos de edad superiores siendo afectados por la mortalidad y la migración, dando forma a nuevas estructuras.

Hasta los años 70s, de tener una estructura de forma piramidal con amplia base (muchos nacimientos) y con una cúspide angosta (poca población adulta mayor); entre 1990 y 2010 disminuyen

drásticamente las bases y pasan a formas tubulares en la parte central de la estructura, con la predominancia de población en edades de trabajar (15 a 64 años). Entre el 2030 y 2050, se espera una estructura tubular propiamente dicha, donde la mortalidad ya no afecta tanto a la estructura en las edades, digamos que los nacidos en su gran mayoría pasan a los grupos de edades siguientes. La forma tubular y una característica predominante es la mayor presencia de población envejecida (más de 65 años) que adquiere mayores proporciones en la cúspide.



c. Tasa de reposición y la transición

Antiguamente las familias tenían muchos hijos (más de 10), lo cual era símbolo de riqueza u opulencia debido a que la economía era básicamente agrícola.

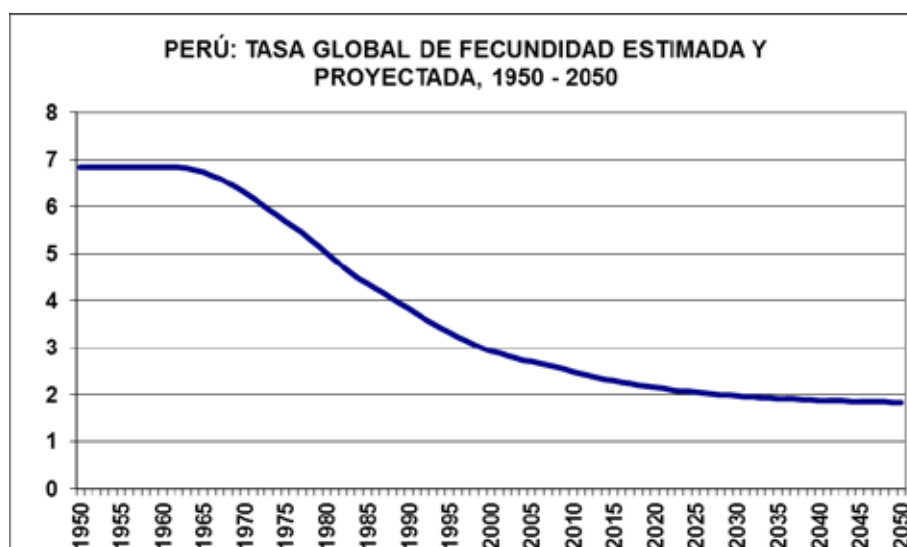
Conforme pasó el tiempo, los procesos de la modernización industrialización y urbanización cambiaron las preferencias de las familias por el número de hijos. El ingreso de la mujer al trabajo remunerado conduce a que el número de hijos sea cada vez menor.

En aquel periodo la estructura de la población tenía la forma piramidal: conforme se reduce el número de hijos tenidos, la base se reduce de forma progresiva.

Lo más relevante de esta situación es que cuando se tenía más de dos hijos, la reposición de la generación estaba asegurada; dado que es suficiente tener dos (2,1 hijos por mujer) para que se reponga la generación procreadora.

Cuando la tasa global de fecundidad toma el valor de 2,1 por mujer, es llamada “Tasa de Reposición”.

GRÁFICO N° 1.3



Elaboración propia
Fuente: INEI - Estimaciones y Proyecciones de la Población 1950 - 2050

La Transición Demográfica es el proceso en que la Tasa Global de Fecundidad, o sea el número promedio de hijas e hijos que tendría una mujer durante su vida fértil, llega a 2,1 hijos; pues a partir de allí ya no se incrementa la población y por el contrario se disminuye y se supone que las generaciones son cada vez menores.

Como se puede observar en el Gráfico N° 1.3, en el Perú el descenso de la fecundidad ha sido constante desde los años 65 donde era cerca de 7 hijos por mujer, y se espera que entre los años 2025 y 2030 sea más baja que la tasa de reposición.

Al respecto, la reducción de la fecundidad hasta 2 hijos por mujer en los países europeos es un proceso de más de cien años, tiempo suficiente para fortalecer los medios de producción y acumular riquezas.

Esta realidad al ser comparada con los países menos desarrollados - los de Latinoamérica o África - debido a los avances científicos de los métodos anticonceptivos, su difusión y uso, el periodo calculado es aproximadamente de tres a cuatro décadas, dependiendo de las condiciones del país, departamento u área geográfica.

d. Razón de dependencia demográfica

Los cambios en la estructura de población son provocados por la variación de la fecundidad y esto trae consigo dos periodos de tiempo conocido como el Bono Demográfico o Ventana de Oportunidades Demográficas, y el Proceso de Envejecimiento de la Población.

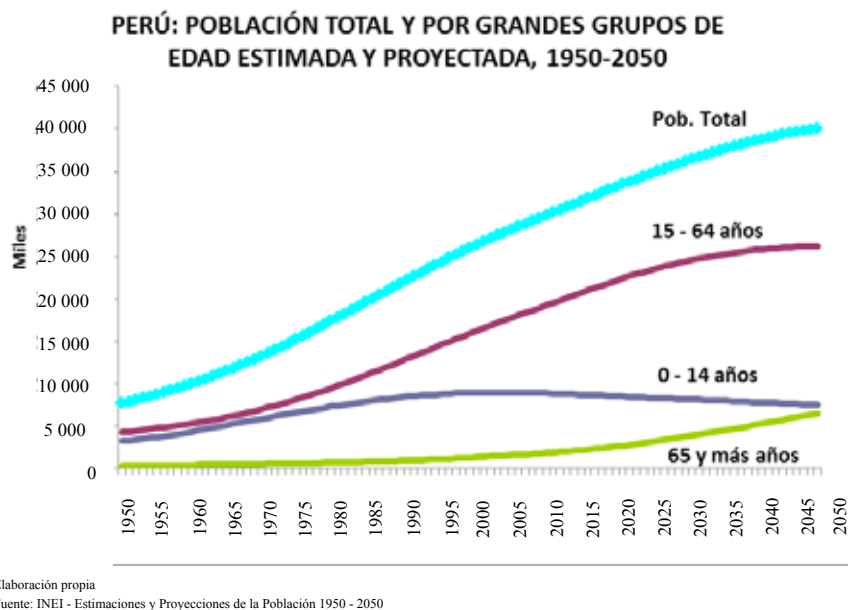
En el primero, la proporción de la población en edad de trabajar (15 a 64 años de edad) es mayor que la población dependiente (menores de 15 años y mayores de 65 años de edad). En el segundo, la población adulta mayor (65 y más años de edad) es cada vez más numerosa y con mayor velocidad de incremento.

El indicador que permite visualizar estos dos procesos es la “Razón de Dependencia Demográfica”.

Por tal motivo merece un especial análisis, por cuanto refiere el soporte económico de la población y por lo tanto de una nación.

Este indicador tiene como sustento el comportamiento de los tres grandes grupos de población, los menores de 15 años, los mayores de 65 años y los de 15 a 64 años.

GRÁFICO N° 1. 4



El Gráfico N° 1.4, explica el volumen de la población menor de 15 años ha tenido un comportamiento ascendente hasta el año 2003 cuando fueron aproximadamente 8 millones 900 mil menores de edad. Su volumen empieza a disminuir por efecto del descenso de la fecundidad, y se espera que continúe esta tendencia hasta el 2050 donde serán poco más de 7 millones.

La población adulta mayor de 65 y más años de edad, ha tenido un comportamiento de crecimiento lento hasta el año 1995, alcanza a poco más de 1 millón de adultos mayores, posteriormente crece a un mayor ritmo llegando en el año 2015 a duplicar esa cifra (2 millones 43 mil) y se espera que al 2050 sean tres veces más (6 millones 400 mil).

Así: mientras que los jóvenes numéricamente disminuyen, los adultos mayores se multiplican. En tanto, el grupo de 15 a 64 años de edad ha presentado crecimiento sostenido desde 1950, con cerca de 4 millones 200 mil personas en edad de trabajar. En 1975 se duplicó esa población (8 millones 68 mil), en el 2001 fueron 16 millones y al 2050 se espera que sean 26 millones 200 mil.

Es decir el ritmo de incremento de la población trabajadora ha sido alta hasta el 2001. Se espera que sea de menor intensidad.

Al respecto es importante notar que los incrementos de estos grupos de población son diferentes, siendo de los adultos mayores el de mayor crecimiento.

La población total, continuará creciendo, pero a un ritmo cada vez menor por efecto de la combinación de los menores incrementos de menores de edad y de población en edad de trabajar. Se estima que en el 2050 el Perú tenga una población total de 40 millones de habitantes.

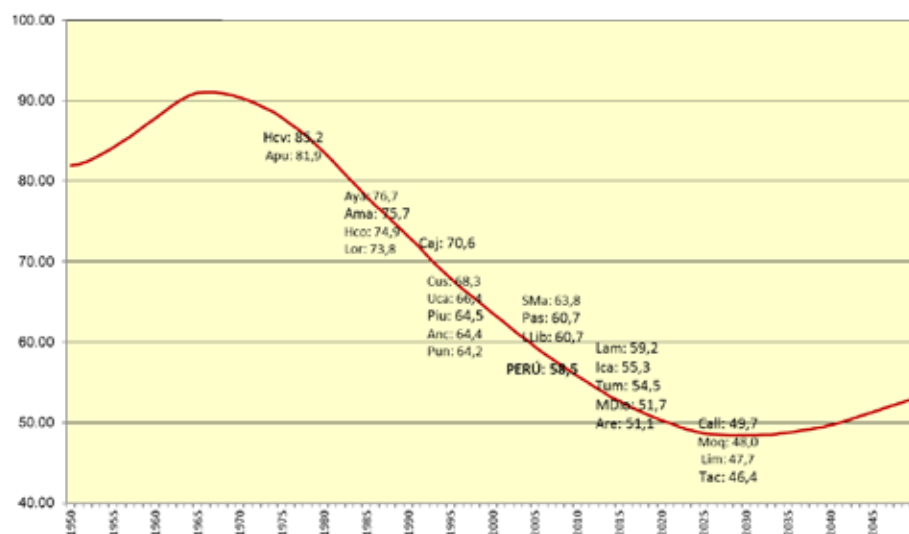
La razón de dependencia se calcula de dos formas:

Una, dividiendo la población dependiente (menores de 15 más los de 65 y más años de edad) en el numerador y en denominador a la población en edad de trabajar – PET (15 a 64 años de edad).

Así el resultado describe el número de dependientes por cada 100 personas en edad de trabajar.

GRÁFICO N° 1.5

PERÚ: RAZÓN DE DEPENDENCIA TOTAL SEGÚN DEPARTAMENTO AL 2007, 1950-2050



Elaboración propia.

Fuente: Bol 17-Perú Est. y Proy. Pob. Total por años calendario y edades simples 1950-2050 y Perú: Perfil Sociodemográfico 2007.

En el Gráfico N° 1.5, se presenta gráficamente la razón de dependencia demográfica (curva en forma de S) calculada para el periodo 1950 al 2050.

Así se tiene que en el año 1950 la razón de dependencia fue de 83, es decir para ese año fueron 82 dependientes por cada 100 personas en edad de trabajar, luego para el año 1966 alcanzó a 91 dependientes, después de ese año empezó a descender los valores de dependencia como se aprecia en el gráfico, hasta su mínimo valor proyectado para el año 2029 con 48 dependientes por cada 100 personas en edad de trabajar, luego de este año el valor de este indicador se incrementará gradualmente debido

a la mayor presencia de adultos mayores como se ha descrito anteriormente.

Es importante hacer notar que, por cada dependiente siempre hubo más trabajadores a lo largo de nuestra historia, debido a que numéricamente la población en edad de trabajar siempre ha sido más que la dependiente. De acuerdo a las evidencias estadísticas graficadas, el periodo llamado bono demográfico en el Perú empezó en el año 1967 y se prevé que alcance su cúspide en el 2029, donde los trabajadores son numéricamente más que los dependientes.

Luego de este periodo, en el tramo siguiente, se prevé que seguirá siendo positivo, es decir menos de 100 dependientes; pero el valor irá incrementándose rápidamente por el fuerte aumento de la población adulta mayor o su rápido envejecimiento. Por lo tanto, los esfuerzos deben ser efectivos y rápidos.



cuando se llegue al momento, se pueda disponer de la necesaria infraestructura y los medios para dar atención y sostén al gran volumen de población anciana.

Del gráfico antes visto, también se puede observar la ubicación de las tasas de dependencia de cada uno de departamentos con sus valores al año 2007, los cuales están delatando el nivel de avance de transición demográfica siendo Huancavelica (85,2) y Apurímac (81,9) los que presentan mayores niveles de dependencia dado que se encuentran en las primeras etapas de este proceso, caracterizados por una gran cantidad de población en edad infantil (alta fecundidad), con poca población envejecida y una gran cantidad de población en edad de trabajar (bono demográfico).

En tanto la Provincia Constitucional del Callao (49,7), y los departamentos de Moquegua (48,0), Lima (47,7) y Tacna (46,4) han llegado a sus menores niveles de dependencia demográfica, es decir; cuentan con una gran cantidad de población en edad de trabajar (bono demográfico), menores niveles de población infantil debido a su baja fecundidad (cerca o por debajo de la tasa de reposición de población) y en una etapa incipiente de envejecimiento de su población.

Siendo este periodo, relativamente corto (3 ó 4 décadas, considerando parte de la etapa decreciente), es necesario que este gran contingente humano sea potenciado y aprovechado adecuadamente. Pero para que se encuentren en óptimas condiciones es indispensable invertir en:

Educación o en instrucción, en condiciones de salud, infraestructura productiva y adecuar el sistema legal de inversión social y privada, acorde con los objetivos de aprovechamiento demográfico.

Paralelamente se deben crear las condiciones e infraestructura para “repcionar” a este gran volumen de población que hoy está en edad de trabajar y que inexorablemente envejecerá. Así como se tuvo un gran contingente de trabajadores, habrá en un futuro un gran contingente de población adulta mayor dependiente, que

necesitará infraestructura sanitaria orientada a adultos mayores. Un sistema de pensiones que provean de recursos económicos para su sustento, entre otros medios de subsistencia para una adecuada calidad de vida.

En ese horizonte, es necesario dar a conocer que en la actualidad se adolece de: Centros especializados de atención de adultos mayores, de profesionales geriátricos, de hospitales y centros médicos de atención especializada.

Recién nos encontramos en el inicio (2014) del proceso de envejecimiento y se tiene alrededor de 1 millón 900 mil, cuando se llegue al año 2050 serán cerca de 6 millones y medio.

Se tiene que prever articulaciones de gestión. Acciones desde los sectores de salud y de economía para



2.- El bono demográfico: Oportunidad y reto para el desarrollo

Los cambios en la estructura de la población peruana, configuran desafíos y oportunidades más importantes, desde la perspectiva del desarrollo económico y social del país, tomando como motor e impulso a la población.

La disminución de la razón de dependencia demográfica (es decir la disminución de población dependiente de menores de 15

años y mayores de 65 y más años de edad, respecto de la población en edad de trabajar) ha dado lugar al concepto del bono demográfico, entendido como una situación temporal en donde la carga potencial de las personas en edad inactiva alcanza su nivel más bajo; es decir, cuando la población en edad de trabajar se incrementa numéricamente más rápido que la población dependiente, debido a

la disminución de la fecundidad (lo que reduce la proporción y el número de menores de edad) y al proceso incipiente de envejecimiento.

En un escenario de bajos niveles de desempleo y un óptimo nivel de empleo adecuado, este hecho demográfico puede permitir mayores niveles

de ingreso y ahorro familiar. Tal ha sido el caso de países como Taiwán, Corea y Singapur que aprovecharon esta situación demográfica pasajera para impulsar su industrialización.

Como se ha podido observar en los ítems anteriores, en los inicios de la transición demográfica, la razón de dependencia es bastante alta por la presencia de un alto porcentaje de población infantil, lo cual significó una gran presión sobre la demanda de servicios como los de salud materno-infantil y educación inicial y primaria.

En una segunda etapa,

debido al descenso de la fecundidad, se produce una disminución en la razón de dependencia, sobre todo en áreas o departamentos en donde la transición demográfica está más avanzada.¹

Es así, como la consiguiente menor presión de las demandas de la población infantil, que al principio del proceso, se produce sin que aumente de manera significativa el grupo de personas mayores, determina la aparición del bono demográfico.

Tomando en consideración los resultados censales de los censos de 1972 y del año 2007 y comparando las estructuras poblacionales (pirámides) de estos años, se aprecian claramente estos cambios (ver Gráfico N° 2.1) de la misma manera se puede comparar las estructuras del Gráfico N° 2.1 en cuanto a los años 1970 y 2010.

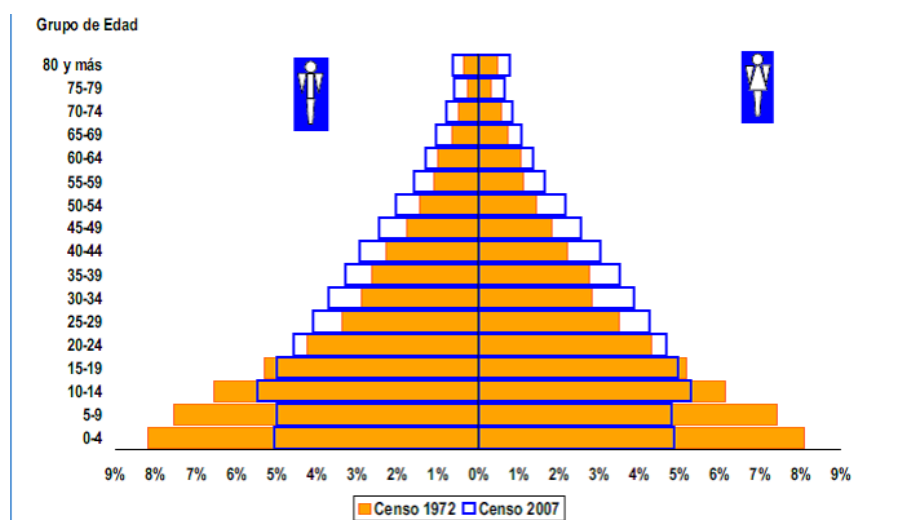
En la primera de estas fechas, la estructura por edades (sombreada en

naranja) revela que una gran proporción de la población es menor de 14 años, menor proporción de adultos y baja proporción de personas de la tercera edad.

Por el contrario la pirámide etárea de 2007 (dibujada en azul), revela una disminución fuerte en la población de los menores, una expansión de la población adulta y un incremento moderado entre las proporciones de adultos mayores. Como se mencionó anteriormente, este nuevo escenario requiere que se priorice la generación de inversiones productivas intensivas en trabajo, el incremento en la inversión social destinada a la capacitación laboral, políticas activas de promoción del empleo para jóvenes y el mejoramiento de la

GRÁFICO N° 2.1

PERÚ: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD SEGÚN SEXO, 1972 Y 2007



Fuente: INEI - Censos Nacionales de Población y Vivienda, 1993 y 2007

¹ Comisión Económica para América Latina y el Caribe – CEPAL – Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía – CELADE – 2005.

calidad de los servicios de salud ocupacional y educación técnica y superior. Es también un factor facilitador, el prever inversiones a mediano plazo para atender las demandas de la población adulta mayor de manera tal, que estas “no se coman” los ingresos y ahorros familiares.

Esta situación en la estructura no es ilimitado y sus posibles dividendos no son fijos ni garantizados, sino que dependerán de la capacidad económica del país para generar empleo suficiente y adecuado en las próximas décadas. Para aprovecharlo, se requiere fundamentalmente generar

empleos para una población activa creciente, además de disminuir las condiciones de inseguridad, precariedad e informalidad muy frecuentes en nuestros mercados laborales, en especial entre los trabajadores jóvenes (CEPAL - CELADE 2005).

En cuanto a las evidencias, las tendencias y proyecciones de la distribución de la población por edades en nuestro país, muestran que hasta el año 2003, estuvo aumentando en términos relativos y absolutos el grupo de población dependiente específicamente los grupos de menores de 15 años, hasta llegar a constituir ese año, el 32,8% de la población total con 8 millones 897 mil habitantes y se prevé que en el año 2050 sean el 18,5% de la población total con 7 millones 438 mil menores de edad.

En el Cuadro N° 2.1 se puede apreciar que entre los años 1950 y 2050, el porcentaje de la población dependiente desciende del 45,0% al 34,6%, donde los menores de 15 años presentan la misma conducta (de 41,6% a 18,5%) en tanto que los adultos mayores, incrementan su representatividad porcentual de 3,5% a 16,1%.

CUADRO N° 2.1

Perú: Población total y distribución porcentual de la población dependiente y en edad de trabajar, según año, 1950-2050

Año	Población Total	Población Dependiente			Población en Edad de Trabajar			
		Total	0 - 14	65 y más	Total	15-24	25-49	50-64
1950	7,632,460	45.0%	41.6%	3.5%	55.0%	18.8%	27.6%	8.7%
1960	9,930,965	46.8%	43.3%	3.4%	53.2%	18.2%	26.8%	8.2%
1970	13,192,677	47.5%	44.0%	3.5%	52.5%	18.7%	26.3%	7.6%
1980	17,324,179	45.5%	41.9%	3.6%	54.5%	20.0%	27.0%	7.5%
1990	21,764,515	42.2%	38.3%	3.9%	57.8%	20.4%	29.3%	8.1%
2000	25,983,588	38.9%	34.1%	4.8%	61.1%	20.0%	32.3%	8.8%
2010	29,461,933	35.8%	29.9%	5.9%	64.2%	19.1%	34.6%	10.5%
2020	32,824,358	33.5%	26.0%	7.5%	66.5%	17.4%	36.2%	12.9%
2030	35,898,422	32.6%	22.7%	9.9%	67.4%	15.8%	36.4%	15.2%
2040	38,405,474	33.2%	20.3%	12.9%	66.8%	14.1%	35.6%	17.1%
2050	40,111,393	34.6%	18.5%	16.1%	65.4%	13.0%	33.8%	18.5%

Elaboración propia.

Fuente: Bol 17-Perú Est. y Proy. Pob. Total por años calendarios y edades simples 1950-2050.

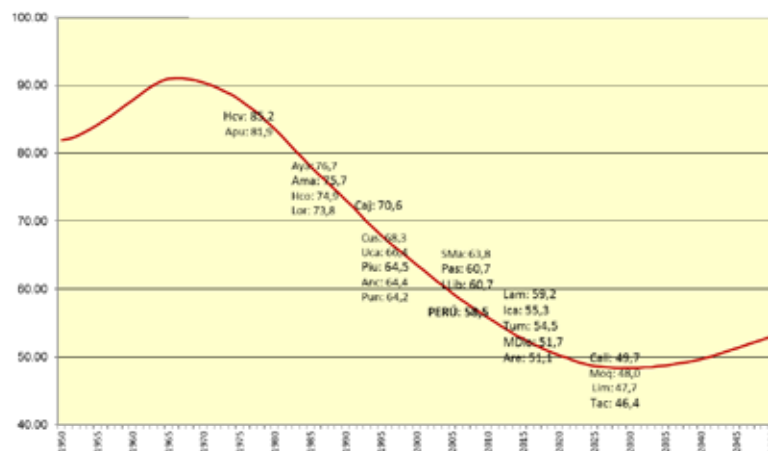
En cuanto a la población en edad de trabajar se incrementa hasta el año 2030, donde alcanza el 67% del total de la población; al interior de este grupo poblacional, los de 15 a 24 años comienzan a decrecer después del año 2000, el grupo de 25 a 49 años lo hará después del 2030 y el de 50 a 64 años continuará debido al proceso de envejecimiento.

El incremento de la población en edad de trabajar esperada, en jóvenes y trabajadores de más edad que ingresan al mercado laboral, no será suficiente para generar mejoras en la economía, a no ser que se prioricen previamente las inversiones en capital humano, para que el bono demográfico, se convierta en una real ventana de oportunidades, de lo contrario podría configurarse un escenario muy diferente al ideal.

En el Gráfico N° 2.2 se observa la curva de generación del bono demográfico a nivel nacional entre los años 1965 y 2030, y se ubican los departamentos del

GRÁFICO N° 2.2

PERÚ: RAZÓN DE DEPENDENCIA TOTAL SEGÚN DEPARTAMENTO AL 2007, 1950-2050



Elaboración propia.

Fuente: Bol 17-Perú Est. y Proy. Pob. Total por años calendario y edades simples 1950-2050 y Perú: Perfil Sociodemográfico 2007.

país de acuerdo al valor de la razón de la población en edad de trabajar y la población dependiente, en base a la estructura por edades de la población en el año 2007.

La curva de la tasa o razón de dependencia, refleja también las distintas fases del proceso de transición demográfica en que se encuentran los diferentes departamentos del país en el 2007.

Se pueden apreciar valores extremos en las regiones de Huancavelica y Apurímac, correspondientes al período inicial de la transición demográfica, con altas tasas de fecundidad y alta emigración de población en edad de trabajar y los departamentos como Lima y Tacna en situación cercana al período de cierre del bono demográfico,

con bajas tasas de fecundidad y donde el peso del envejecimiento es cada vez mayor, aunque también la población en edad laboral se incrementa por el ingreso de jóvenes inmigrantes en edad de trabajar.

Las distintas ubicaciones de las regiones con relación al bono demográfico, no solamente plantean la necesidad de formular políticas y planes diferenciales de desarrollo regional, entre ellos los de población, sino también determinar las particulares ventanas de oportunidades que ofrece la transición demográfica en cada una de estas regiones.

Al parecer, en lo que queda hasta el año 2030, aún es posible aprovechar estas oportunidades fundamentalmente con un mejoramiento significativo de las inversiones en capital humano, de acuerdo a las necesidades específicas de los niños, jóvenes, adultos y personas adultas mayores (Mostajo, 2007).

a. Bono en educación

Conforme disminuye la fecundidad y consecuentemente avanza el proceso de transición demográfica, la disminución relativa de la población en edad escolar frente a la población activa, tiene como resultado una disminución considerable de la relación de dependencia económica o gasto del sector educativo. Esta situación se puede observar en todas las departamentos del país. El descenso de la relación de dependencia económica del sector educativo constituye la cuantificación del impacto económico del bono demográfico en educación (Ciro Martínez, 2012). Es decir es menor el gasto por educación debido a la menor presencia de población escolar. Al graficar esta relación se tiene que el bono educativo es positivo en todos los departamentos en el período 2010-2020, siendo los que tienen transición demográfica más avanzada, que también obtienen un beneficio muy significativo Gráfico N° 2.2.

Las tasas de cambio son de descenso de la relación de dependencia económica del sector, y se interpretan como

ahorros de gasto en educación, logrados gracias a la transformación demográfica. Por ejemplo, para Arequipa, Tumbes, El Callao, Tacna y Moquegua, la disminución de la población escolar con respecto a la laboral supone un ahorro de entre 6% y 8% de recursos en educación en una década. Las regiones que más ahorros pueden realizar en educación son Madre de Dios, Cajamarca, Loreto y Ucayali, con beneficios entre 14% y 16%. Como referencia, el bono demográfico educativo calculado para América Latina en su conjunto entre 2008 y 2018 fue 16%.

Los bonos demográficos en educación son de una magnitud no despreciable y podrían ser utilizados para ampliar la cobertura de los sistemas educativos en las regiones en las que se requiera, o para mejorar su calidad del sistema, aumentando los gastos por estudiante, sin que este aumento dependa necesariamente del incremento de la carga fiscal.

(CEPAL/CELADE 2008, CEPAL, 2009).



El ordenamiento de las regiones según el beneficio del bono demográfico en el sector educativo sigue, en términos generales, un patrón segregado por Costa, Sierra y Selva.

Las regiones que obtienen menores beneficios serían las de mayor desarrollo y que están más avanzadas en la transición demográfica, aunque esta tendencia se observa para la mitad de la Costa (Tumbes, Callao, Tacna, Arequipa y Lima), llama

la atención que la otra mitad (Ancash, Piura, La Libertad, Ica y Lambayeque) comparta con regiones de la Sierra los lugares intermedios de beneficio.

Las regiones andinas, como era de esperar, derivan beneficios intermedios y altos, pero las de la Selva no se ajustan a un patrón: por un lado Amazonas y San Martín reciben beneficios relativamente bajos, mientras que Madre de Dios, Loreto y Ucayali reciben beneficios altos (Ciro Martínez, 2012).

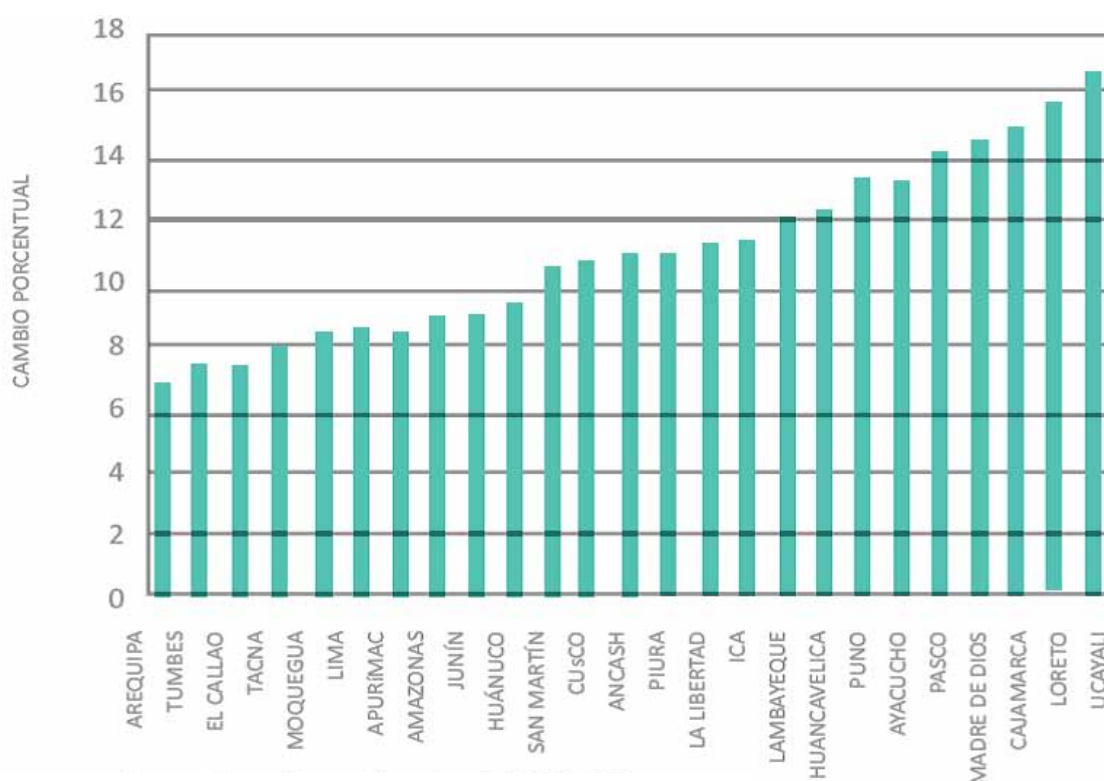
De otro lado, hay una reciente posición relacionada con el aumento de escolaridad en américa latina y da

como consecuencia un “bono educacional en los países de América Latina en los últimos decenios.

El aumento de los niveles de escolaridad trae un mejoramiento de la “calidad” de la fuerza de trabajo, cuando las sucesivas cohortes se incorporan al mercado laboral, lo que permite generar aumentos en la productividad y por ende, de los ingresos durante esos años. (Tim Miller, 2007).

GRÁFICO Nº 2.3

PERÚ: CAMBIO PORCENTUAL DE LA RELACIÓN DE DEPENDENCIA ECONÓMICA (2010-2020), 2009



Fuente: Bono Demográfico Regional en el Perú – Ciro Martínez 2012

b. Bono en Salud

Como se ha visto en los ítems anteriores, el proceso de transición demográfica involucra la reducción cuantitativa de la población infantil y por lo tanto reduce los costos sobre educación disminuyen, de igual manera sucede con los costos de atención en lo correspondiente a salud, no obstante, como se sugiere en el primer acápite de este documento, estos recursos deben ser orientados a mejorar las condiciones de atención de esta población infantil tanto en educación como en salud.

En cuanto a salud, es de vital importancia atender a esta población en sus primeras etapas, dado que es la base poblacional; es decir, si esta población está bien nutrida o fortalecida en sus capacidades biológicas, se puede prever un buen desempeño cognitivo en la etapa escolar y en los grados superiores de lo contrario, su capacidad y rendimiento no estará en óptimas condiciones y por lo tanto las capacidades productivas será menores al potencial real.





3.- Aglomeramiento urbano y dispersión poblacional

Otro de los temas abordados en el análisis de la dinámica poblacional es el del aglomeramiento urbano y la dispersión poblacional.

La primera se entiende como el proceso de crecimiento de una ciudad central que se forma alrededor de los grandes centros económicos y administrativos, mientras que la dispersión poblacional es la atomización de centros poblados escasamente interconectados y con cierta dificultad en la cobertura de servicios básicos.

En el caso de nuestro país, estos dos fenómenos subsisten con un patrón de crecimiento intensivo

en la ocupación del suelo, provocando el déficit en la provisión de servicios públicos.

La dispersión residencial se encuentra correlacionada con dos indicadores de bienestar, el Índice de Desarrollo Humano (IDH) y el Índice de Densidad del Estado (IDE). Para esta comparación, la “dispersión” se mide a nivel provincial, para corresponder con la estadística publicada de esos índices, y se ha definido en términos de la proporción de pobladores rurales (la “ruralidad” de la provincia).

Tanto el IDH como el IDE indican que el déficit en la provisión de servicios públicos aumenta con el

grado de ruralidad, correlación que sugiere la acción de dos posibles efectos de la distancia, la pérdida de importancia política, en un caso, y el mayor costo de provisión de servicios en el otro caso.

Ciertamente, podría ser el caso que ambos mecanismos, el político y el económico, se refuercen.

La dispersión geográfica tendría un efecto negativo adicional indirecto, a través de su

interacción con otras variables que afectan la productividad: la dispersión poblacional reduce la provisión de infraestructura y de servicios públicos, la presencia y calidad de los servicios de educación y de salud, el acceso a la tecnología y la adopción de buenas prácticas, y limita el capital social.

La causa más evidente y sustentable de esas deficiencias sería el mayor costo de provisión por persona de obras de infraestructura y de servicios colectivos. Una posible segunda causa de esas deficiencias de provisión sería que la dispersión debilita la visibilidad, voz y la capacidad para la presión política, lo que se traduce en una menor asignación de presupuesto para obras y servicios públicos.

a. Aglomeramiento urbano

El aglomeramiento urbano es el proceso de crecimiento de una ciudad central o una ciudad satélite. Estos tienden a formarse alrededor de los grandes centros económicos y administrativos.

La enunciación de aglomeramiento depende de la estadística empleada y de la metodología administrativa.

El término en estricto es utilizado para una región que urbanísticamente tiene un centro funcional definido

y que la problemática nace en la delimitación de sus fronteras.

El aglomeramiento urbano es la expansión y el crecimiento de una ciudad central, la cual está absorbiendo a otras poblaciones cercanas.

Es monocéntrica y las partes que compone la estructura urbana de una aglomeración son:

- Los suburbios; estas rodean la ciudad central en forma de anillo concéntrico. Poseen menores densidades que la ciudad central. Son llamados ciudades dormitorios, porque prevalecen las áreas residenciales.

- La ciudad o núcleo central; en esta predominan todas las actividades de la ciudad, en esta es donde cae el peso de la aglomeración. A la vez es la mayor fuente de empleo. Esta dispone de los mayores servicios de infraestructura y los mejores equipamientos urbanos.

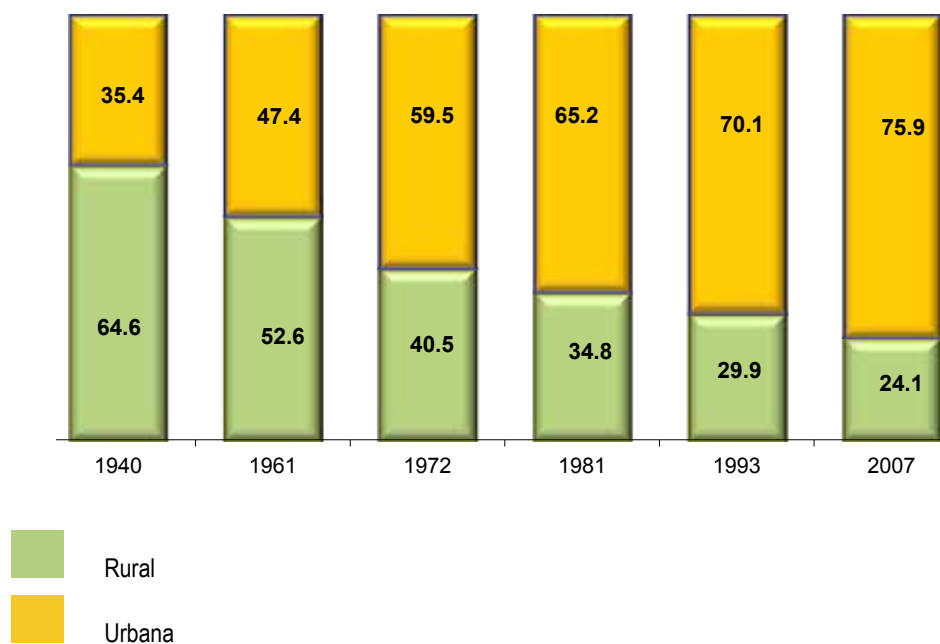
Desde la década del 40, el proceso de urbanización en el Perú, ha continuado creciendo sostenidamente y al año censal de 2007, el 75.9% de la población nacional vive en áreas consideradas como urbanas, mientras que el restante 24.1%, lo hace en el ámbito rural del país (ver Gráfico N° 2.4).

La población urbana aumentó de 2'197,133 personas en 1940 a 20'810,288 en el año 2007, su ritmo de crecimiento bajó de 5.1% promedio anual en los años 70, a 2.1% promedio anual registrado en la presente década.



GRÁFICO Nº 3.1

PERÚ: POBLACIÓN POR ÁREA URBANA Y RURAL, 1940 - 2007 (EN PORCENTAJES)



Fuente: INEI - Censos Nacionales de Población y Vivienda

CUADRO Nº 3.1

PRINCIPALES CIUDADES DEL PERÚ: TAMAÑO Y TASA DE CRECIMIENTO - 2007

Ciudad-Departamento	Población	Tasa de
Lima-Callao/Lima	8 472 935	2.1 %
Arequipa/Arequipa	749	1.3
Trujillo/La Libertad	682	2.1
Chiclayo/Lambayeque	524	1.5
Piura/Piura	377	2.2
Cusco/Cusco	348	2.2
Chimbote/Ancash	334	1.2
Huancayo/Junín	323	1.6
Tacna/Tacna	242	2.3

Fuente: INEI – Perfil socio-demográfico del Perú: Censo 2007.



En el Perú, existen 4 ciudades con más de 500 mil habitantes: Lima - Callao, Arequipa, Trujillo y Chiclayo (Ver Cuadro N° S), en el donde se ubica el 37% de la población del país, y solamente hay 92 centros poblados entre 50 mil y 500 mil habitantes, donde se localiza el 45.4% de la población total.

Como se aprecia en el cuadro anterior, cinco de las diez principales ciudades del país (incluyendo la capital),

crecieron a tasas por encima del 2% anual en la última década y media. Estas altas tasas de crecimiento urbano agravan los problemas de vivienda, saneamiento, transporte y seguridad por lo que, es indispensable que las autoridades locales y regionales cuenten con proyecciones confiables sobre demandas futuras y el déficit en servicios básicos que deberán afrontar.

El crecimiento urbano más rápido está ocurriendo, sin embargo, en ciudades intermedias tales como Puerto Maldonado (4.8%),

Cajamarca (4%), Moyobamba (3.9%), Juliaca (3%), Tarapoto (2.9%), Huaraz (2.9%), Chachapoyas (2.7%) y Ayacucho (2.5%). Estas ciudades están ubicadas en zonas ecológicamente vulnerables, ya sea por la falta de agua andinas) o por estar localizadas en zonas de bosque tropical (caso de las ciudades amazónicas).

Los problemas de abastecimiento de agua, saneamiento y contaminación por residuos sólidos son crecientes en estos centros urbanos. Muchas de estas ciudades viven del turismo; por lo que, es crucial trabajar con sus gobiernos locales en proyectar su crecimiento y demandas futuras, para planificar las inversiones requeridas para atender a éstas.

b. Dispersión poblacional

La dispersión de la población puede ser un factor determinante en la limitación de la provisión de servicios públicos y por ende en reducción de pobreza, dado que resulta más caro llevar estos servicios. Además, las condiciones geográficas pueden incidir en el aislamiento económico, reduciendo el potencial productivo de los hogares.

De acuerdo a Blank (2005), los factores naturales tienen un papel decisivo sobre la distribución de la población en determinadas localidades y de sus actividades económicas: aislamiento, clima, recursos naturales. Como consecuencia de ello, pueden existir dificultades en torno al uso adecuado del transportarse y de acceso a mercados específicos, asimismo, se presenta un limitado mercado de trabajo basado en bajas habilidades y desincentivos a la inversión.

Partridge y Rickman (2007)

señalan que la distancia limita la respuesta de la oferta laboral de los residentes locales, dado que la distancia y falta de acceso hace más difícil el intercambio de trabajo y productos.

El fenómeno opuesto al aglomeramiento urbano es el de la gran dispersión de la población rural. El Censo 2007, ha registrado a nivel nacional la cantidad de 98,011 centros poblados, en los que están localizados los 27 millones 412 mil 157 habitantes².

El 75% de estos centros poblados se ubica en la región de la sierra, pero aquí

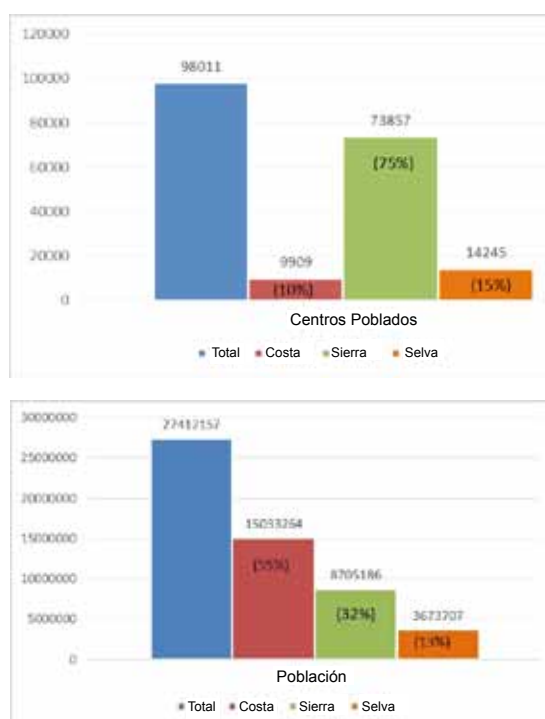
solamente reside el 32% de la población del país; mientras que la costa, agrupa al 13% de la población. (ver Gráfico N° 3.2).

La mayor parte de los centros poblados de reducido tamaño demográfico, se encuentran localizados en la región de la sierra.

De los 73,857 centros poblados de esta región natural del país, el 97.7% (72,134 centros poblados), tienen menos de 500 habitantes. Esta región sólo cuenta con 225 centros poblados, con una población entre 2 mil y 20 mil habitantes, haciendo entre estos últimos

GRÁFICO N° 3.2

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CENTROS POBLADOS Y POBLACIÓN, SEGÚN REGIONES NATURALES - 2007

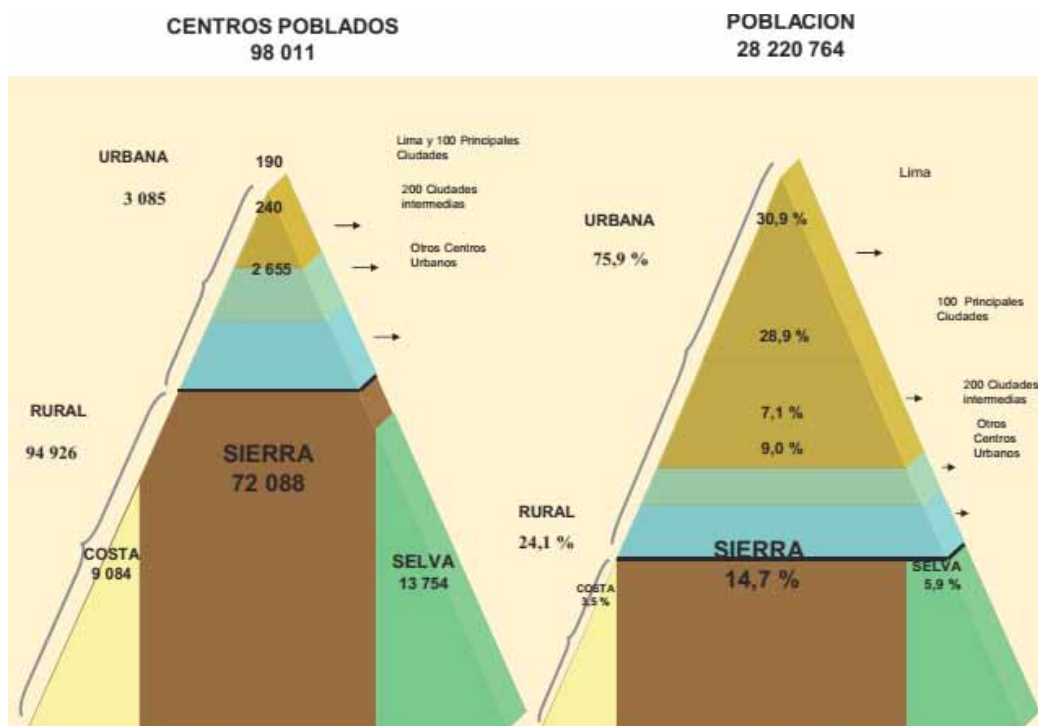


Fuente: INEI - Censos Nacionales de Población y Vivienda

² Población nominalmente censada. Excluye ajuste por omisión.

GRÁFICO N° 3.3

CENTROS POBLADOS Y POBLACIÓN SEGÚN ÁREA Y TAMAÑO - 2007



Fuente: INEI - Censos Nacionales de Población y Vivienda 2007.

la suma aproximada de 1 millón 157 mil habitantes, es decir, un promedio de 5,142 habitantes por centro poblado en este rango (ver Gráfico N° 3.4).

La selva, siendo la región natural de mayor superficie geográfica y de menor tamaño demográfico, también tiene un alto grado de dispersión poblacional. De los 14,245 centros poblados dentro de su territorio, el 95% (13,538 centros poblados) tienen menos de 500 habitantes.

En la costa, el censo 2007, registra 62 centros poblados de más de 50 mil habitantes, que

en conjunto suman alrededor de 11'116 mil personas, incluyendo 3 ciudades de más de 500 mil habitantes. No obstante esta mayor concentración poblacional, de los 9,909 centros poblados que se encuentran en esta región, el 90.1% (8,933 centros poblados) tiene menos de 500 habitantes.

En el Gráfico N° 3.3 se presenta la distribución de la población por tamaño de centros poblados.³ Llama la atención la polaridad de la distribución de la población en el territorio; 94 centros

poblados concentran a más de la mitad de la población y en el extremo opuesto, más de 94,000 centros poblados, agrupan tan solo a poco más del 20% de la población total.

Notar que existen 61,405 centros poblados que albergan al 2.5% de la población total, que en promedio tienen sólo 11 habitantes, la mayoría ubicados en la sierra y selva.

Mención especial merecen las comunidades nativas de la Amazonia y las comunidades campesinas quechuas y aymaras de la sierra. Las

³ La definición de centros poblados no es la misma que la de ciudades; las ciudades más grandes abarcan varios centros poblados.

primeras agrupan a unas 59 etnias distribuidas en unas 1,509 comunidades; con una población total estimada en 332,975 habitantes localizados en pequeños caseríos ubicados en las riberas de los ríos amazónicos.

Estos grupos carecen de acceso a los servicios básicos; más del 54%, viven en chozas con piso de tierra, solo 5% tienen acceso a agua potable, menos del 1% cuentan con desagüe, y menos del 14%, tienen luz eléctrica en sus viviendas.⁴

Desde el punto de vista de la distribución de la población en el territorio nacional, el Perú enfrenta dos grandes retos de signos opuestos; de un lado, el rápido crecimiento de centros urbanos ubicado en zonas

ecológicamente frágiles como son las ciudades amazónicas y andinas y que carecen de los servicios e infraestructura para dar una adecuada calidad de vida a sus habitantes.

El otro reto, es la marcada dispersión de la población rural en centros poblados muy pequeños de la sierra y selva que hacen muy costoso el proveerlos de servicios básicos para atender los problemas de la congestión urbana de un lado y el acceso a servicios básicos de una población rural muy dispersa, son dos de los desafíos centrales que la política de población y de desarrollo territorial deberán atender.



GRÁFICO N° 3.4

NÚMERO DE CENTROS POBLADOS Y POBLACIÓN CENSADA Y POBLACIÓN PROMEDIO POR CENTRO POBLADO. SEGÚN TAMAÑO DE CENTRO POBLADO - 2007.

Tamaño de Centro Poblado	Centros Poblados		Población (en miles)		Promedio por CCPP Número
	Número	%	Número	%	
Total	98,011	100	27,412	100	280
500,000 a más	2	0	1,478	5,4	739,000
100,000 a 499,999	42	0,04	9,072	33,1	216,000
50,000 a 49,999	50	0,05	3,361	12,3	67,220
20,000 a 49,999	71	0,07	2,123	7,7	29,901
2,000 a 19,999	570	0,58	3,151	11,5	5,528
500 a 1,999	2671	2,73	2,242	8,2	839
100 a 499	20,994	21,42	4,411	16,1	210
50 a 99	12,206	12,45	8,81	3,2	72
Menos de 50	61,405	62,65	693	2,5	11

Fuente: INEI - Censos Nacionales de Población y Vivienda 2007.

⁴ INEI, Resumen Ejecutivo. Resultados definitivos de las Comunidades Indígenas. Lima Enero 2009.



4.- Salud sexual y reproductiva

Las disparidades reproductivas en el país aún están asociadas con las diferencias en materia de desarrollo económico y social. Así, el descenso en los niveles de fecundidad observados, es consecuencia principalmente de cambios en la conducta de las personas y de la creciente capacidad en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

Sin embargo, estas capacidades no son ejercidas plenamente por la mayor parte de la población, sobre todo por las mujeres en situación de pobreza y residentes en los departamentos de Sierra y Selva del país.

a. Mujeres en edad fértil

En el 2013, había más de 8 millones 131 mil Mujeres en Edad Fértil (MEF) o edad

reproductiva (Mujeres de 15 a 49 años de edad), y representa el 53,5% de las mujeres del país.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2013, la población de mujeres en edad fértil continúa siendo una población relativamente joven, el 47,5% de ellas son menores de 30 años.

Del total de las MEF, aproximadamente el 32,3% de las mujeres eran solteras, el 11,0% se encontraban separadas, divorciadas o viudas y el 56,6% de ellas se encontraban en unión (22,4%

casadas y 34,2% en unión consensual).

El grupo de mujeres en edad fértil sexualmente activas, no unidas o en unión, son las que presionan más directamente a la demanda de servicios vinculados a la salud reproductiva; esto es, sobre los servicios de planificación familiar, atención del embarazo, parto y puerperio; constituyendo también el grupo de

mujeres en mayor riesgo de embarazo. Es asimismo, el grupo poblacional con mayor riesgo de mortalidad materna y eventualmente de aborto, al enfrentar un embarazo no deseado.

b. Planificación familiar

De acuerdo a información de la ENDES 2013, el uso de métodos de anticoncepción se incrementó en 3,4 puntos porcentuales entre las mujeres en edad fértil que han usado alguna vez métodos anticonceptivos entre el periodo 2009 y 2013 (75,2% y 78,6%, respectivamente).

Respecto al uso actual de métodos de anticoncepción, en el 2013, el 74,0% de las Mujeres en Edad Fértil actualmente unidas, usó algún método anticonceptivo.

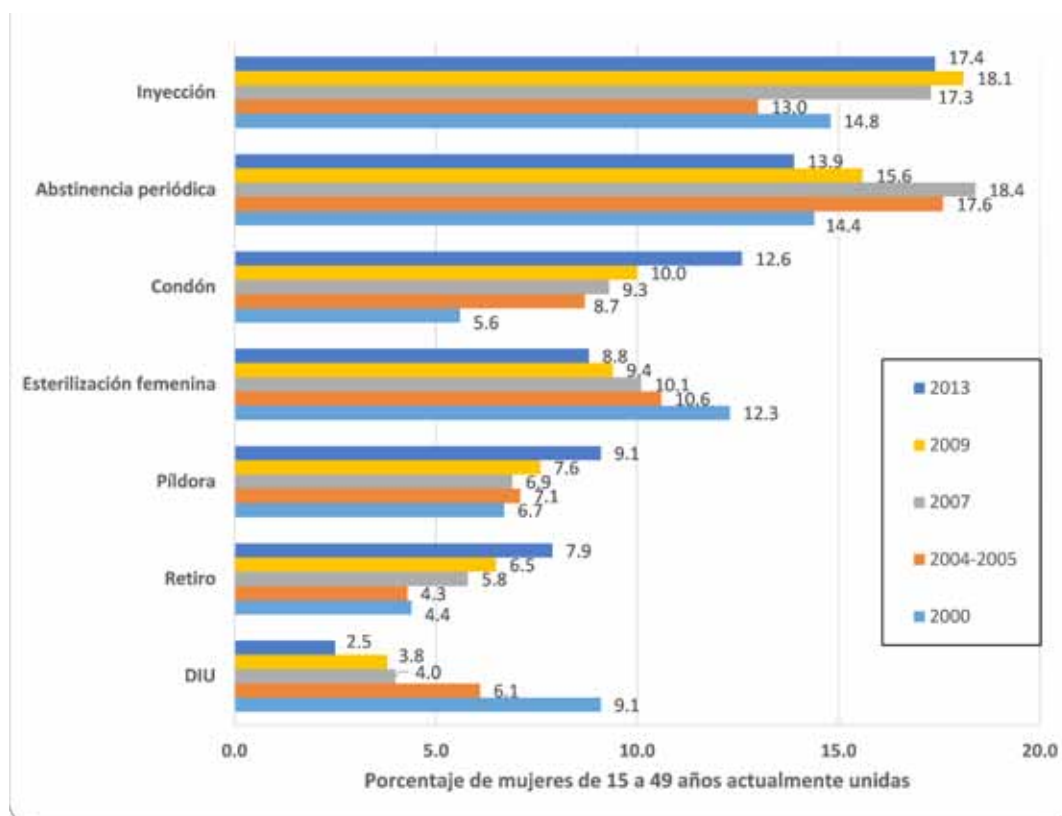
El 51.3% usó algún método moderno y un 22.7% métodos tradicionales. Según el ámbito de residencia, la proporción de usuarias de algún método tradicional fue mayor en el área rural que en el área urbana (27,9% frente a 20,6%); mientras que, el uso de algún método moderno fue mayor en el área urbana en comparación con el área rural (53,3% frente a 46,2%). Las mujeres con mayores estudios y mejor nivel de ingresos son las que más usan métodos de anticoncepción modernos.

Entre todos los métodos anticonceptivos la inyección es

el método de mayor frecuencia de uso de las mujeres usuarias (17.4%), seguido del ritmo o abstinencia periódica (13.9%), el condón (12.6%), la píldora (9.1%) y la esterilización femenina (8.8%). Respecto a la abstinencia periódica, el 41.4% de mujeres (4 de cada 10 mujeres) no conocen con certeza el período de riesgo de concepción durante el ciclo menstrual, resultando en un mal uso que

GRÁFICO N° 4.1

USO ACTUAL DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS



Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

hace de este método, por lo que, es crucial mejorar la información para un correcto uso y ofrecer alternativas más seguras, especialmente a las mujeres que desean limitar su fecundidad.

En el Gráfico N° 4.1, se observa la preferencia de uso de métodos anticonceptivos en el tiempo, y donde se resalta que entre el 2000 y el 2013 se incrementó el uso del condón (de 5.6% al 12.6%), los inyectables (de 14.8% al 17.4%), y el retiro (de 4.4%

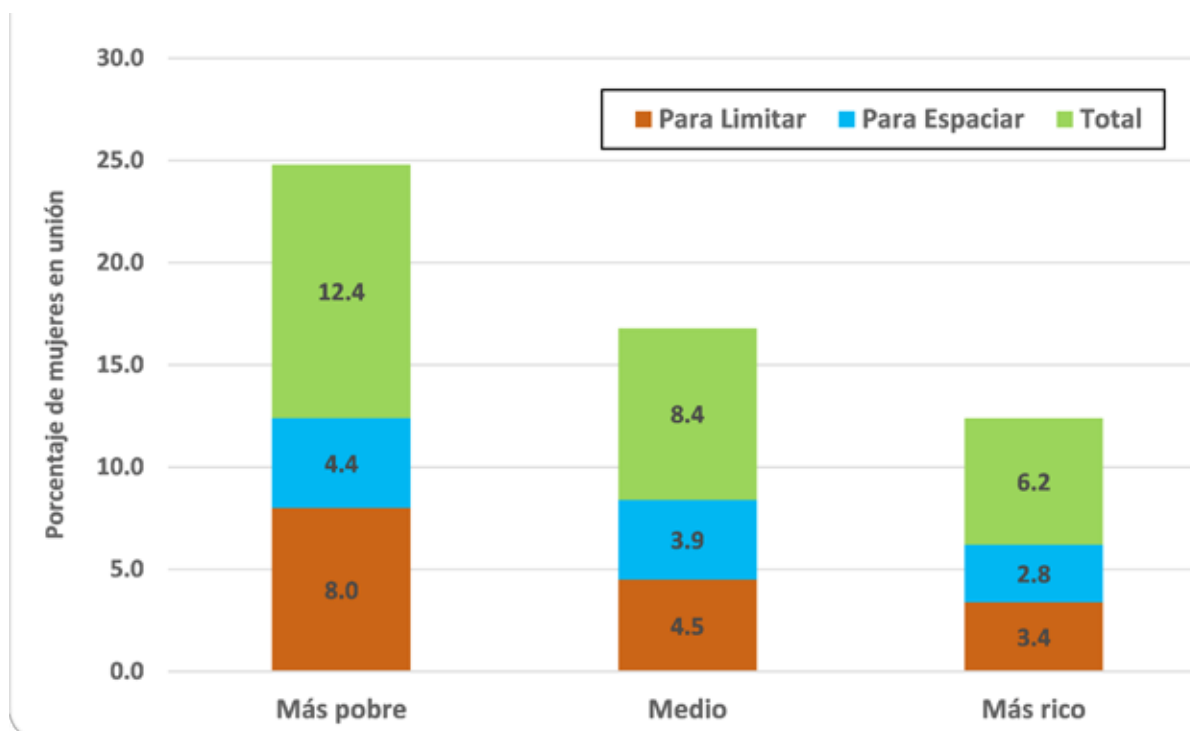
al 7.9%); y disminuyó en este mismo periodo el uso de la esterilización femenina (de 12.3% al 8.8%) y el Dispositivo Intrauterino - DIU (del 9.1% al 2.5%).

En el tema de los derechos reproductivos, las brechas son significativas. Como en la mayoría de servicios de salud reproductiva, las mujeres más

pobres son las que menos posibilidades tienen de satisfacer adecuadamente su demanda por los servicios de planificación familiar. En el año 2013, el 12.4% de las mujeres pobres tenía insatisfecha su demanda de estos servicios, el doble del reportado por las mujeres de mayores ingresos que tienen demanda insatisfecha (6.2%) (ver Gráfico N° 4.2)

GRÁFICO N° 4.2

NECESIDAD INSATISFECHA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR POR QUINTIL DE RIQUEZA, 2013



Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES)

c. Atención del embarazo (Control prenatal)

Según la ENDES 2013, el 95.1% de los últimos nacimientos ocurridos en los 5 años antes de la encuesta recibieron 4 y más controles prenatales en establecimientos de salud.

La cobertura de visitas en el área urbana alcanzó el 96,6% y en el área rural fue 91,5%; es decir, aún existe una brecha de 5.1 puntos porcentuales desfavorables para el área rural.

Tomando en consideración las regiones naturales, el 99,5% de mujeres gestantes en la costa se realizan cuatro y más controles prenatales, en la sierra desciende a 94,2% y es menor en la selva, 87.3%.

Los departamentos que tienen menores porcentajes de mujeres que tienen seis o más controles prenatales se encuentran en la región selva: Loreto (80,7%), Ucayali (86,6%) y Amazonas (84.3%).

Las mujeres con menores estudios y que atraviesan más niveles de pobreza acuden en menor medida a establecimientos de salud para practicarse sus controles prenatales.

d. Atención del parto

El mayor acceso de mujeres a servicios de salud es una estrategia importante para garantizar la salud de la mujer y del recién nacido.

En el año 2013, el 88,6% de los nacimientos tuvieron lugar en un servicio de salud (público o privado) y el parto en casa bajó a 10,7% (en el 2009 fue 16.7%).

Según el ámbito geográfico, el porcentaje

de partos en establecimientos de salud fue mayor en el área urbana (96,8%) que en el área rural (69,8%), generándose una diferencia de 27 puntos porcentuales. Asimismo, es importante resaltar que las brechas se han reducido en varios puntos porcentuales si consideramos variables como el nivel educativo de la madre, su situación socioeconómica y la región natural en que reside (Ver Gráfico N° 4.2).

En este contexto, entre los años 2009 y 2013, se advierte un incremento de partos atendidos por un profesional médico (de 49,4% a 59,1%) y la atención por partera bajó de 7,6% a 5,5%.

Por área de residencia, más mujeres fueron atendidas por un médico en el área urbana que en el área rural (69,6% frente a 36,4%); mientras que por región natural, en la Sierra se observa el mayor incremento entre los años 2009 y 2013 (de 33,1% a 47,9%).

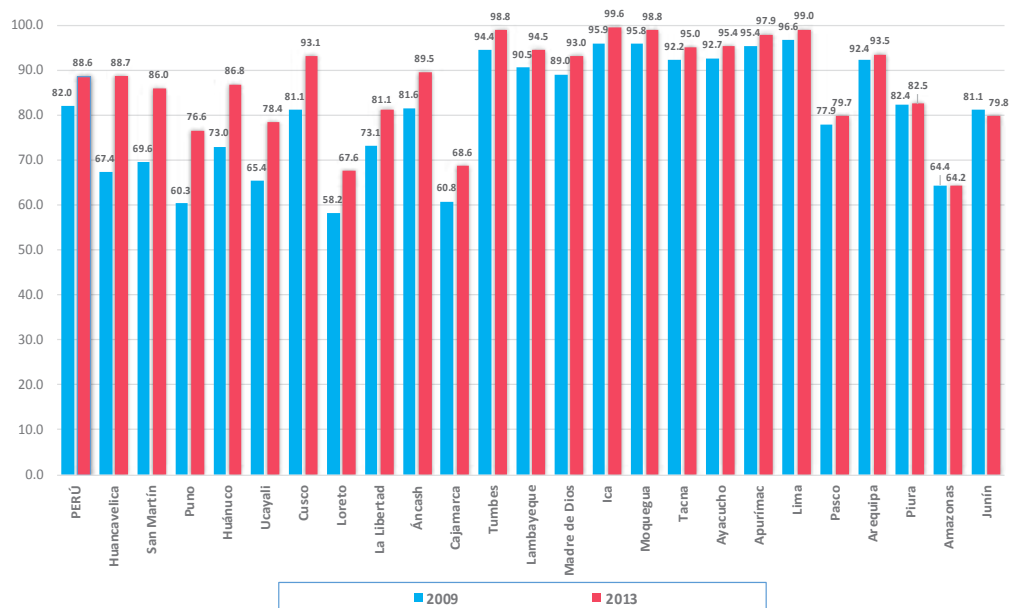
En cambio, por departamento se registró gran disparidad, como las diferencias entre los partos atendidos por un médico en Lima (83,7%), Cusco (75,3%) y Apurímac (71,4%) comparado con Loreto (26,3%), Huánuco (31,3%) y San Martín (33,4%).

*Cabe resaltar que,
entre el 2009 y
2013, los*

*departamentos
que
muestran más
de de 12
puntos
porcentuales
de mejora en
la atención de
partos en un
establecimien-
to de salud
son:
Huancavelica,
San
Martín, Puno,
Huánuco,
Ucayali y
Cusco
(Gráfico N°
03).*

Asimismo, los establecimientos de salud públicos fueron más utilizados por mujeres ubicadas en el quintil intermedio (88,5%), segundo quintil de riqueza (85,0%) y con educación secundaria (84,3%).

PARTOS ATENDIDOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, 2009 Y 2013



Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES)

e. Embarazo adolescente

Desde décadas anteriores, el embarazo adolescente continua siendo un tema de especial preocupación, tanto por los riesgos que supone una fecundidad temprana para la salud de la madre y la de sus hijos, como por los efectos que en el plano familiar y social tiene la procreación en la adolescencia y la juventud temprana.

El embarazo adolescente, bloquea las oportunidades de desarrollo personal educativo y laboral con consecuencias sociales y económicas negativas en sus trayectorias de vida, sobre todo en hombres y mujeres adolescentes, que se encuentran en situación de pobreza. La información sobre el tema que se registra en el Cuadro Nº 4.1 muestra la problemática.

Al respecto, en noviembre de 2013, se aprobó el Plan Multisectorial de Prevención del Embarazo Adolescente 2013 – 2021,

mediante el Decreto Supremo 012-2013-SA; que tiene como objetivo general reducir la prevalencia del embarazo en adolescentes, cuya meta es reducir en 20% la prevalencia del embarazo en adolescentes.

El Plan tiene alcance nacional y es de carácter multisectorial, puesto que para lograr eficazmente la reducción del embarazo adolescente, este tiene que ser abordado articuladamente desde diversos sectores en todos los niveles de gobierno. Por ello, el Plan tiene metas que articulan a todos los ministerios y gobiernos regionales y locales, especialmente tiene como sectores responsables a los ministerios de Educación, de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Salud, Justicia, de

Trabajo y Promoción del Empleo, así como a gobiernos regionales y locales.

Según la ENDES 2013, el 13.9% de las menores de 15 a 19 años de edad ya son madres o están embarazadas. El porcentaje de embarazo adolescente es mayor en zonas rurales (20.3%) en 8.4 puntos porcentuales, respecto al área urbana (11.9%). Asimismo, entre el quintil más pobre (quintil 1), el 23.9% son madres adolescentes frente

CUADRO Nº 4.1

EMBARAZO EN ADOLESCENTES, 2013

ÁREA DE RESIDENCIA / EDAD / QUINTIL DE RIQUEZA	TOTAL	YA SON MADRES	EMBARAZADAS CON EL PRIMER HIJO
Urbana	11.9	8.5	3.4
Rural	20.3	16.6	3.8
15	2.0	0.8	1.2
16	6.3	4.0	2.3
17	12.9	8.6	4.4
18	20.2	15.1	5.1
19	30.1	25.5	4.6
Quintil inferior	23.9	20.1	3.8
Quintil intermedio	12.4	8.4	4.0
Quintil superior	5.6	3.2	2.4
Total 2013	13.9	10.5	3.5
Total 2009	13.7	11.1	2.7

Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES)

al 5.6% en el quintil de mayores ingresos. Es de observar que entre los 18 y 19 años, se registran los porcentajes más altos de embarazo (20.2% y 30.2%, respectivamente).

f. Infecciones de Transmisión Sexual, VIH/SIDA

Según informe de la ENDES 2013, en el Perú el acceso a la información ha mejorado con el tiempo y ha permitido que más mujeres (97,1%) estén informadas y tengan conocimiento sobre el VIH/SIDA. Asimismo, el 77,0% de estas mujeres manifestaron que una persona que parece

saludable pueda tener el VIH. Las mujeres que respondieron en mayor porcentaje fueron las que alcanzaron educación superior (92,1%), las que se encuentran en el quintil superior de riqueza (90,6%) y, solteras que han tenido relaciones sexuales (85,9%).

Por área de residencia, fue mayor en el área urbana (82,9%), por región natural en Lima Metropolitana (86,0%) y resto de la costa (79,9%); mientras que por departamento fueron San Martín (88,0%), Lima (84,9%), Tumbes (84,9%) e Ica (81,8%). Respecto a las personas que viven con VIH/

SIDA, que son atendidas en los servicios de salud y reciben medicinas gratuitas, hasta diciembre de 2013, el MINSA notificó 31,018 casos de SIDA y 52,053 casos de VIH. En el 2013, se notificaron 938 casos de SIDA y 3005 casos de VIH.

Específicamente, el número de varones con SIDA es 720 (77.3%), y en el caso de las mujeres es 211 (22.7%). En ese sentido, la razón

hombre/mujer es 3.4, es decir, por cada 3 hombres con SIDA existe 1 mujer con SIDA. Casi el 70% de casos de VIH-SIDA está en Lima y Callao.

A nivel de ESSALUD⁵, en el periodo anual 2012 se registraron 603 personas afiliadas con VIH (66.7%) y 301 personas con SIDA (33.3%), lo que genera un total de 904 personas. Esta cifra representa el 0.009% de la población total afiliada a ESSALUD al 2012 (9,786,864).

Cuando se revisa el número de casos de VIH/SIDA registrados en el periodo 2010 – 2013 se evidencia un decrecimiento de 6.3%.

Específicamente al comparar las cifras del 2012 y 2013 se evidencia un descenso de 12.3% en casos de SIDA y 0.9% en casos de VIH⁶.

Asimismo, con respecto a la edad de los casos totales de SIDA, el mayor porcentaje se encuentra en el grupo de personas entre 25 y 34 años (40.7%), 35 y 44 años (26.4%) y 15 y 24 años (13.0%), asimismo, el 2.6% de personas con SIDA tienen menos de 14 años, y específicamente el 1.8% tiene menos de 5 años.

Para mejorar la calidad de vida de las personas con VIH/SIDA, en el Perú pueden acceder gratuitamente al TARGA (Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad), que es la combinación de antirretrovirales para controlar la cantidad de virus en la sangre y mejorar el sistema inmunológico del organismo.

En el 2012, el Ministerio de Salud reportó que 22,148 personas viviendo con VIH recibían TARGA en el país. El 94.3% son personas adultas (21,562) y el 5.7% son

niños y niñas (586).

Aproximadamente el 70% de los pacientes en TARGA se encuentran concentrados en Lima y Callao⁷. Para el presente período no ha brindado información actualizada.

Respecto a las Infecciones de transmisión sexual (ITS) que causan enfermedad en las mujeres en edad reproductiva, la ENDES 2013, señaló que el 38,0% de las mujeres entrevistadas declaró no tener conocimiento sobre las Infecciones de Transmisión Sexual (sífilis, gonorrea, chancro, verrugas genitales) y el mayor desconocimiento de las ITS se presentó entre las mujeres sin educación y con primaria (85,9% y 71,2%, respectivamente), así como en las mujeres ubicadas en el quintil inferior (73,4%), las del área rural (67,6%) y de la Sierra (56,3%); entonces se debe reconocer que existe un grave problema por las importantes implicancias económicas y sociales que su alta morbilidad representa. Que las mujeres entrevistadas no conozcan de las ITS implica un riesgo potencial de adquirirlas, y esto incluye la posibilidad de padecer secuelas y complicaciones importantes en el aparato reproductor de no atenderlas a tiempo.

Respecto a la prevalencia de ITS, entre las mujeres que

respondieron haber mantenido relaciones sexuales, un 0,7% informó haber tenido una ITS y/o síntomas asociados. Según características de las mujeres que respondieron haber padecido una ITS, el mayor porcentaje aparece en las mujeres divorciadas, separadas y viudas (1,1%), que pertenecen al quintil superior de riqueza (1,9%) y con educación superior (0,9%).



⁵ MINISTERIO DE TRABAJO Y PROMOCIÓN DEL EMPLEO, 2014, Oficio N° 236-2014-MTPE/4. Elaboración del VII Informe de avances en el cumplimiento de la Ley N° 28983. Pedro Manuel Tapia Alvarado, secretario general del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo.

⁶ MINISTERIO DE SALUD - DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA. Boletín Epidemiológico Mensual Situación del VIH/SIDA en el Perú. Lima: diciembre 2013. Disponible en <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/vih/Boletin_2013/diciembre.pdf>

⁷ MINISTERIO DE SALUD DE SALUD, DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA. Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú. Lima: MINSA, 2013. Visto en: <<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/ASISVIH2013.pdf>> Consulta: 10 de febrero de 2014.



5.-El proceso de envejecimiento de la población peruana

La población peruana está envejeciendo en todas las áreas del país de manera lenta e inexorable, debido al proceso de la transición demográfica. Se prevé que la población de 65 y más años de edad, se incrementará sostenidamente en las próximas décadas (ver Cuadro N° 5.1).

Es decir, de poco menos de 1.5 millones de adultos mayores en el 2010, se pasara a casi 6.5 millones en el año 2050. Este volumen de población se incrementará por dos razones, la primera está

relacionada a que conforme pasa el tiempo, los grupos de edades anteriores van formando parte de esta población y, la segunda por el

incremento de la esperanza de vida que cada vez es más alta (en los años 50 era alrededor de 40 años y hoy en día es alrededor de 75 años. Es importante resaltar que de este gran contingente poblacional, la mayor parte serán mujeres pues hay aproximadamente 5 años de diferencia a favor de este género.

Visto de esta perspectiva, el proceso de envejecimiento demográfico planteará desafíos y exigencias de diversa naturaleza en términos de políticas y programas sociales a nivel regional y local, dependiendo de la escala, características y heterogeneidad de este proceso en cada departamento del país. El Perú, no cuenta con un soporte institucional y de servicios acorde a las múltiples necesidades y demandas de

población, se irá presentando un nuevo perfil epidemiológico caracterizado por una mayor incidencia de enfermedades crónicas y degenerativas, sin que desaparezcan las enfermedades propias de personas que viven en condiciones de pobreza y exclusión social. Debe tenerse en cuenta que los servicios especializados en geriatría y gerontología, sólo existen en las grandes ciudades del país y no tienen la capacidad para atender estos nuevos requerimientos

dificultades para encontrar empleo en el sector formal de la economía, así como por descensos en sus niveles de productividad e ingreso, lo que puede conducirlos a un alejamiento definitivo de las actividades laborales y hacerlos totalmente dependientes del sistema de seguridad social.

Esta situación, es particularmente compleja pues una importante proporción de personas adultas mayores no disponen de ingresos de pensiones o jubilaciones, o son absolutamente insuficientes, ni tampoco cuentan con un empleo remunerado, sobre todo en las zonas rurales del país, lo que agrava su vulnerabilidad económica y social.

En este contexto de insuficiencias y desigualdades, la familia y las redes de apoyo familiar se constituyen en una fuente importante de apoyo y cuidado en la vejez.

Sin embargo, el proceso de

carácter económico, social, cultural y político que son propias del envejecimiento de la población.

En materia de salud, con la disminución progresiva de la mortalidad infantil y el aumento de la esperanza de vida de la

que plantea el proceso de envejecimiento demográfico.

Asimismo, las condiciones económicas de la población adulta mayor están caracterizadas por las

CUADRO N° 5.1

PERÚ: POBLACIÓN DE 65 AÑOS Y MÁS EN VALORES ABSOLUTOS Y RELATIVOS, 2010- 2050

AÑO	POBLACIÓN 65 AÑOS Y MAS	PORCENTAJE
2010	1,469,639	5.87%
2020	2,452,229	7.47%
2030	3,561,253	9.92%
2040	4,941,128	12.87%
2050	6,451,884	16.08%

Fuente: INEI, Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población 1950 - 2050
De: Plan Nacional de Población 2010-2014

envejecimiento cambiará sustancialmente las relaciones familiares y sociales, así como las relaciones de género e intergeneracionales, por lo que la sociedad, deberá estar preparada para brindar una atención adecuada a las personas adultas mayores y posibilitar que continúen siendo actores sociales importantes en el desarrollo de su comunidad, asegurando su condición de ciudadanos activos en pleno ejercicio de sus derechos y deberes, y garantizando que lleven una vida digna y segura, especialmente los más pobres.

En primer lugar, los que pertenecen hoy a la población de personas adultas mayores nacieron aproximadamente en 1943.

Al disminuir la mortalidad un mayor número de personas sobrevive hasta edades adultas y un mayor número de personas sobrevive hasta edades avanzadas. La esperanza de vida aumentó durante el siglo pasado desde 43,2 años en 1950 hasta 70,5 años en 2000 y, actualmente en 2014 es de 74,4 años. Esta mayor sobrevivencia de las personas tiene que ver con el aumento de la población de 65 y más años.

Es decir, más personas llegan a cumplir 65 años porque aumenta la proporción de personas que sobreviven desde el nacimiento hasta los 65 años, es decir, en el 1950, es menor el porcentaje de hombres y mujeres que sobrevivían desde el nacimiento hasta los 65 años. Con el transcurso de los años estos porcentajes han ido incrementándose es decir más hombres y mujeres llegaban al cumpleaños 65.

El cambio se debe al cambio de la mortalidad de las edades jóvenes y en particular al cambio de la mortalidad infantil. Esta se redujo desde 162 muertes de menores de un año por cada mil nacidos vivos en 1950 hasta 118 en 1970, a 33 en 2000 y actualmente es de 16 por cada mil nacidos vivos.

También ha aumentado la esperanza de vida de las personas mayores de 65 años: una vez que las personas cumplen 65 años, viven más

años, lo que también aumenta el número de personas de 65 años y más en la población.

La importancia relativa de los más jóvenes en la fuerza de trabajo está disminuyendo y lo hará aún más en el futuro, por lo que las posibilidades de renovar rápidamente las características de la fuerza de trabajos son muy limitadas. La vinculación del proceso de envejecimiento con las posibilidades de desarrollo del país se basa en consideraciones posibles. Su materialización requiere conjunto de políticas públicas que permita que la propensión a ahorrar, como mínimo, se mantenga constante, o que aumente ante la percepción de mejoras en la esperanza de vida. Algunas de estas políticas tienen que ver con la solidez de los sistemas de pensiones, los mercados de capitales que posibiliten los ahorros, y la existencia de programas de vivienda y de mercados de bienes raíces que no discriminen a los pequeños ahorrantes.

Estas políticas, por acertadas que sean, no bastan por sí solas, pues su éxito depende del logro que en realidad puedan obtener las personas durante sus años de preparación y de participación en el sistema productivo. En otras palabras, son políticas que estimulan y hacen posible la previsión a largo plazo de las personas y de las familias.

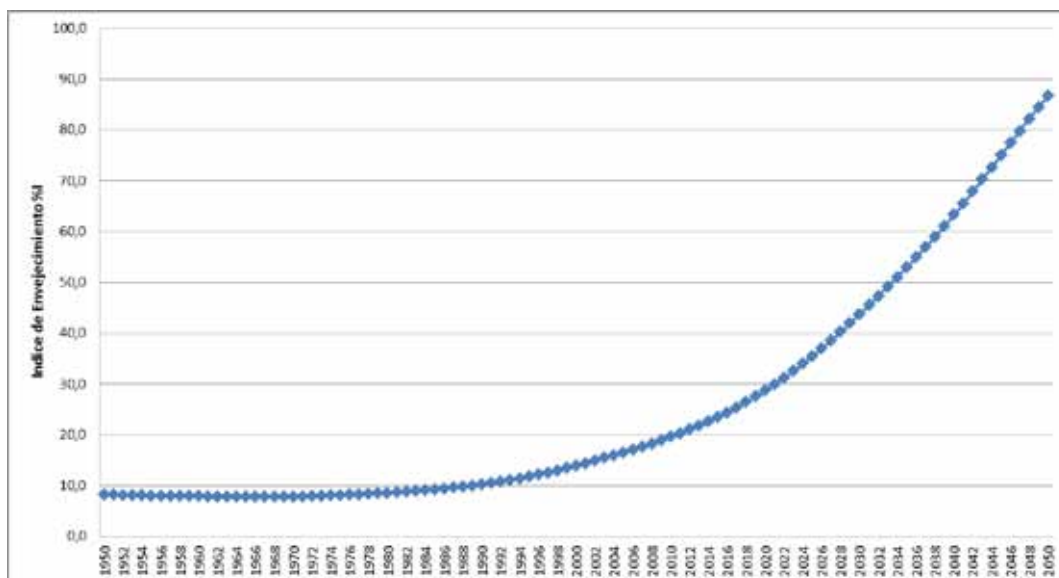
Los cambios antes descritos ocurrirán de manera muy rápida en el país, tal como lo muestra el índice de envejecimiento

poblacional, que es la relación porcentual de la población adulta mayor de 65 y más años de edad y la población infantil de menores de 15 años (Cuadro 5.1). En 1950 hubo 9 adultos mayores por cada 100 niños, conforme pasan los años este indicador se mantiene hasta 1990 donde llega a 10 adultos mayores, de allí en adelante hay un incremento sustancial calculado para el año 2040 en 65 adultos mayores por cada 100 niños; es decir, conforme avanza el tiempo se incrementará cada vez más esta población de avanzada edad.

Esta situación es inédita por cuanto hay pocas experiencias históricas hacia las cuales mirar. Por un lado, en los países desarrollados este proceso de envejecimiento ocurrió a lo largo de las décadas. Por otro lado, los países en desarrollo, aún no llegan a los porcentajes de adultos mayores de los países desarrollados.

GRÁFICO N° 5.1

PERÚ: ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO, 1950-2050



Fuente: INEI.

Algunas consecuencias son evidentes: Una es el aumento de las personas de mayor edad en la población adulta mayor.

Las personas de 80 y más años tienen mayores necesidades de atención de salud y tienden a usar más los servicios de salud. Igualmente, estas personas ya han dejado de trabajar y, por lo tanto, dependen de sus ahorros (pensiones contributivas u otra forma), del apoyo de la familia o de las transferencias del gobierno.

Hasta ahora, en el caso de Perú, estas últimas no han sido generosas, y los recientes aumentos en el régimen de pensiones no contributivas tuvieron un impacto importante sobre la condición de los hogares con personas adultas mayores.

En virtud del aumento de la población de personas adultas mayores, las políticas de apoyo o subvención, en los próximos años deben ser focalizadas y no en gran escala.

Otra consecuencia conocida es la disminución del número de personas que

entra a la fuerza de trabajo. La productividad de estas personas resulta clave para el crecimiento futuro y es una forma de mitigar los posibles impactos del envejecimiento poblacional y de una gran cantidad de personas en proceso de salida de la fuerza de trabajo.

El capital por trabajador aumentará, por un lado, por el solo efecto de un menor ritmo de crecimiento de la población en edad de trabajar. Otro incremento, tal como se señaló, proviene del uso de los ahorros por parte de la población adulta mayor. Este último cambio en la fuerza de trabajo también produce una disminución de la cantidad de población que paga impuestos, cotiza al seguro social y un sistema de pensiones.

En otras palabras, los ingresos del gobierno pueden reducirse en momentos en que se requiere una ampliación de servicios. Una forma de prevenir este cambio, por un lado, es mejorar las características de la fuerza de trabajo, de tal manera que una gran proporción tenga acceso a empleos formales y bien remunerados.

Adicionalmente, también se puede ampliar la entrada a la fuerza de trabajo. Es posible lograrlo por medio de un aumento de la participación de las

mujeres. Para ello, sin embargo, se requiere solucionar las causas por las cuales las mujeres no entran a la fuerza de trabajo. Una, por ejemplo, es la ausencia de redes formales y el cuidado de otros miembros del hogar, ya sea de menores o personas adultas mayores.

No obstante lo señalado, no hay, en realidad, razón para pensar que el envejecimiento poblacional se trata únicamente de consecuencias negativas para el futuro desarrollo del país. Todo depende tanto de políticas como de comportamiento de las personas.

En lo que respecta a las políticas, ya se señaló la importancia de una política fiscal que permita a las personas el ahorro.

Desde el punto de vista del comportamiento, ante la mayor esperanza de vida y el aumento del número de años que se viven después del retiro de la fuerza de trabajo, es de esperar que las personas tomen previsiones y aumenten su ahorro.

Es difícil que eso ocurra, sin embargo, en ausencia de un sistema de pensiones sólido o de incentivos para mantenerse en la fuerza de trabajo, particularmente en el caso de las mujeres; en este rubro las propuestas por regularizar la formalización de los trabajadores y que contribuyan a las llamadas AFPs ha sido infructuosa, pues se contó con una estrategia de sensibilización previa.

Igualmente, la ausencia de crecimiento de los empleos formales atenta contra cualquier cambio de comportamiento que genere más ahorro. En general, el país todavía tiene amplias oportunidades de beneficiarse del cambio demográfico si las políticas toman en cuenta los cambios producidos por el envejecimiento poblacional.

a. Bono en salud

El incremento progresivo de la población adulta mayor acompañado con los cambios derivados de la edad agudizan las enfermedades cardiovasculares y degenerativas que implica mayores costos de atención y considerando que cada año suman más adultos en estas condiciones, se tiene que prever su atención.

Considerando la relación de dependencia económica del sector salud, que aplica la población por edad los perfiles de consumo en salud. Los perfiles de gasto en salud dependen de la estructura demográfica y de la situación epidemiológica de los departamentos.

Los más desarrollados tenderán a tener un mayor gasto en salud, en la medida en que su avance en transición epidemiológica y envejecimiento implican un mayor peso de las enfermedades cardiovasculares y crónicas, cuyo tratamiento encierra más complejidad y costo.

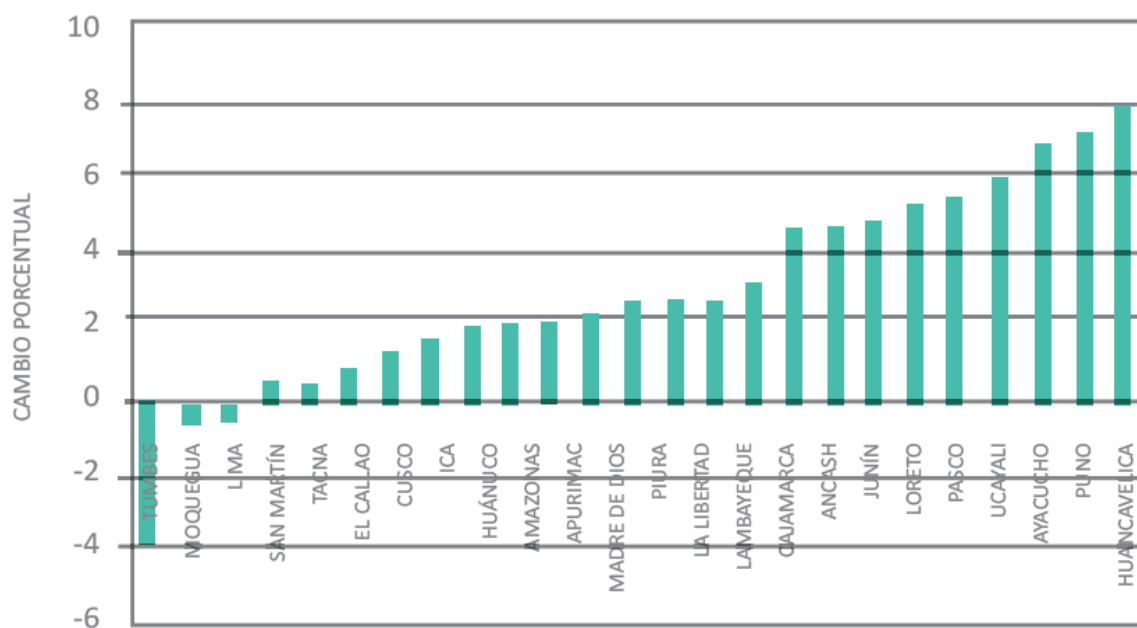
En este sector, la transformación demográfica de algunos departamentos no permite hacer ahorros, sino que lleva a un gasto creciente, es decir a una pérdida o ahorro negativo (ver Gráfico 5.2). Esto sucede en el período 2010-2020 para Tumbes, Moquegua y Lima. Entre tanto, el resto todavía puede realizar ahorros en salud, debido a que su envejecimiento no es aún muy intenso.

También es posible que su perfil epidemiológico esté sesgado hacia enfermedades que afectan, sobre todo, a la población infantil, cuyo costo puede estar disminuyendo por la baja en la fecundidad.



GRÁFICO N°5.3

PERÚ: CAMBIO PORCENTUAL DE LA RELACIÓN DE DEPENDENCIA ECONÓMICA EN SALUD (2010-2020), 2009



Fuente: : De: Bono Demográfico Regional en el Perú – Ciro Martínez

Entre las regiones que realizan mayores ganancias por el bono demográfico en salud están Pasco, Ayacucho, Puno y Huancavelica (Sierra), así como Loreto y Ucayali (Selva), todas con ahorros de más de 5% en su gasto de salud. Es decir, la evolución demográfica de esas regiones no implica aún, en la década analizada del 2010 al 2020, un incremento notable en sus costos de salud.

En esta década, salvo las tres regiones mencionadas de la Costa, el resto está disperso en la clasificación por ganancia debido al bono demográfico. La mayoría realiza ganancias intermedias, lo que induce a pensar en un perfil epidemiológico que aún se ve favorecido por la reducción de la población infantil y juvenil.



Años de vida perdidos: Es el número de años de vida potencial que se pierden, en promedio, por la ocurrencia de muertes “prematuras”; generalmente se considera muerte “prematura” aquella que ocurre antes de cierta edad.

Bono Demográfico: Periodo de la transición demográfica en que la relación de dependencia desciende sustancialmente a medida que aumenta el peso relativo de la población en edad potencialmente productiva (población en edad de trabajar: 15 a 64 años) y disminuye el de las personas en edades potencialmente inactivas (niños menores de 15 y adultos mayores de 65 y más). En este periodo se crea un contexto especialmente favorable al desarrollo debido a que aumenta la viabilidad del ahorro y la oportunidad de invertir en el crecimiento económico, al tiempo que se reduce la demanda de recursos para la educación básica.

Centro poblado: Lugar del territorio nacional rural o urbano, identificado mediante un nombre y habitado con ánimo de permanencia con una población mayor a 150 habitantes. Sus habitantes se encuentran vinculados por intereses comunes de carácter económico, social, cultural e histórico.

Crecimiento natural: Es la diferencia entre el número de nacimientos y de defunciones, generalmente referida a un año. Cuando el crecimiento natural se relaciona con la población media del período se obtiene la tasa de crecimiento natural.

Crecimiento total: Variación del volumen de la población entre dos fechas determinadas, generalmente referida al cambio natural. Este crecimiento resulta de la suma del crecimiento natural y la migración neta. El cociente que se obtiene al dividir el crecimiento total

sobre la población media del período se denomina tasa de crecimiento total.

Dispersión poblacional: Proceso inverso al de concentración de la población, que consiste en la salida progresiva de los centros poblados con el fin de ir ocupando nuevas áreas de terreno generalmente agrícolas.

Emigración: Desplazamiento que implica el cambio de residencia habitual desde una unidad político - administrativa hacia otra o hacia otro país, en un momento dado, visto desde la óptica del lugar donde se origina el movimiento. Asimismo, se refiere al fenómeno caracterizado por este tipo de acontecimiento (véase, en contraste, inmigración).

Envejecimiento de la población: Es la modificación de la estructura por edad de la población, que se traduce en un aumento de la proporción de personas de edades avanzadas y una disminución de la importancia relativa de niños y jóvenes.

Esperanza de vida al nacer: El promedio de años que espera vivir una persona al momento de su nacimiento sobre la base de las tasas de mortalidad por edad para un año determinado.

Estructura de población: Representación gráfica de la composición por edad y sexo de una población, que generalmente utiliza grupos quinquenales de edad.

Fecundidad de reemplazo: Nivel de la fecundidad en que cada mujer de una cohorte procrea, en promedio, una hija a lo largo de su vida reproductiva. Equivalente aproximadamente a una tasa global de fecundidad de 2.1 hijos por mujer.

Hogar familiar: Conjunto de personas que residen habitualmente en una misma vivienda particular, se sostienen de un gasto común y donde por lo menos uno de sus miembros es pariente del jefe del hogar.

Hogar nuclear: Hogar familiar constituido por un jefe y su cónyuge; un jefe y su cónyuge con hijos; o un jefe con hijos.

Hogar extenso o ampliado: Hogar familiar formado por un hogar nuclear con otros parientes o un jefe con otros parientes.

Hogar compuesto: Hogar familiar formado por un hogar nuclear o ampliado y otras personas sin lazos de parentesco con el jefe del hogar.

Inmigración: Desplazamiento que implica el cambio de residencia habitual desde una unidad político-administrativa hacia otra, en un momento dado, visto desde la óptica del lugar de llegada.

Asimismo, se refiere al fenómeno caracterizado por este tipo de acontecimiento (véase, en contraste emigración).

Migración: Desplazamiento que implica el cambio de residencia habitual desde una unidad político-administrativa hacia otra o hacia otro país, en un momento dado. Asimismo, se refiere al fenómeno caracterizado por este tipo de acontecimiento (al respecto, véanse inmigración y emigración).

Migración neta: Es la diferencia entre el número de inmigrantes y de emigrantes en un territorio y período dados. Se le conoce también como balance migratorio o saldo neto migratorio.

Paridad: Número total de hijos nacidos vivos de una mujer.

Población dispersa: Son poblaciones con menor o igual a 150 habitantes, cuyos asentamientos se encuentran en proceso de cohesión y/o consolidación territorial.

Prevalencia de métodos anticonceptivos: Proporción de mujeres, unidas en edad fértil (entre 15 y 49 años) que usa algún método de regulación de la fecundidad.

Razón de dependencia: Proporción que representa la suma de la población menor de 15 años y de 65 años o más respecto de la población de 15 a 64 años. Esta relación expresa la “carga” que representa la población en edades teóricamente “inactivas” (0 a 14 años y 65 años o más) para la población en edades “activas” (15 a 64 años).

Tasa bruta de mortalidad: Número de defunciones por cada mil habitantes en un período determinado, generalmente referido a un año. Tasa bruta de natalidad: Número de nacidos vivos por cada mil habitantes en un período determinado, generalmente referido a un año.

Tasa de continuidad en la anticoncepción: Proporción de usuarias de un método anticonceptivo que lo utilizan sin interrupción durante un período de referencia dado. Tasa global de fecundidad: Número promedio de hijos que tiene una mujer a lo largo de su vida reproductiva de acuerdo con las tasas de fecundidad por edad observadas en un momento dado.

Tasa de mortalidad infantil: Número de defunciones de menores de un año de edad por cada mil nacimientos ocurridos en un período determinado, generalmente referido a un año.

Transición demográfica: Es el cambio histórico de las tasas de natalidad y mortalidad de niveles elevados a bajos en una población. De ordinario, el descenso en la mortalidad precede al descenso de la fecundidad, dando lugar así a un rápido crecimiento de la población durante el periodo de transición.

- Blank, R. (2005). Poverty, policy and place: how poverty and policies to alleviate poverty are shaped by local characteristics. *International Regional Science Review*, 28.
- INEI; Resumen Ejecutivo. Resultados definitivos de las Comunidades Indígenas. Lima Enero 2009.
- Patridge, M. D. y Rickman, D. S. (2006). The geography of American poverty: Is there a need for place-based policies? Upjohn, Michigan. Plan Nacional de Población 2010-2014.
- Ciro Martínez, 2012. Bono Demográfico Regional en el Perú. MIMDES, 2010. Plan Nacional de Población 2010-2014.
- INEI, setiembre 2009. Perú: estimaciones y proyecciones de población total, por años calendario y edades simples, 1950-2050. Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales, Boletín Especial N° 17. Lima.
- INEI, UNFPA, CEPAL/CELADE (2009a), octubre 2009. Perú: estimaciones y proyecciones de población por departamento, sexo y grupos quinquenales de edad 1995-2025. Boletín de Análisis Demográfico N° 37. Lima
- Mason, Andrew y Ronald Lee, 2010. Nuevos enfoques sobre las cuentas nacionales de transferencias para la política fiscal, los programas sociales y las transferencias familiares de los países. Notas de Población N° 90, CEPAL/CELADE. Santiago de Chile.
- Mendoza, Walter, junio 2008. Cambio Poblacional, desafío y oportunidad: el bono demográfico en el Perú. En Perú Económico.

El Equipo que participó en este Cuaderno N° 15 expresa su agradecimiento a las instituciones que facilitaron la necesaria información y a la Oficina General de Comunicaciones del MIMP por el archivo fotográfico y la supervisión:

Maria del Pilar Torres Lévano - Directora General de Población y Desarrollo
Luzmila Schabauer Ontaneda - Directora de Población
Elba Espinoza Ríos - Directora de Personas Adultas Mayores
Edgardo Solis - Sociólogo
Jorge Colina - Economista
Blanco Manco - Economista
Juan Carlos Blas - Sociólogo
Janeth E. Apari P. y Joseph Sánchez H. - Diseño Gráfico
Iris Sosa - Administración
Jorge Zavaleta Alegre - Editor

Lima, julio 2014

MIMP

Ministerio de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

Jr. Camaná 616, Cercado de Lima

Teléfono: 626-1600

www.mimp.gob.pe