

Estado de la Población Peruana 2002



CREDITOS

Este documento fue realizado por el equipo de trabajo de la Dirección Técnica de Demografía, integrado por Héctor Benavides, Boris López, Dilcia Durand, Elva Dávila, Rofilia Ramírez, Luis Ulloa y Zoraida Castro (investigadores principales). Contó con la asesoría técnica en el tema de vulnerabilidad sociodemográfica de Jorge Rodríguez del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Participaron en el diseño y edición Hannes Rodríguez, Margot Ramírez y Walter Ayala.

Preparado	: Dirección Técnica de Demografía del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)
Impreso	: Talleres de la Oficina Técnica de Administración del INEI
Diagramación	: Dirección Técnica de Demografía del INEI
Tiraje	: 500 Ejemplares
Domicilio	: Av. Gral. Garzón 658, Jesús María. Lima - Perú
Nº de Orden	:
Dispositivo Legal Nº	:

PRESENTACION

Desde 1988 el Día Mundial de la Población se conmemora el 11 de julio de cada año. Hace 15 años la población mundial llegó a los cinco mil millones de habitantes y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) invitó a la comunidad internacional a reflexionar en torno a dicha cifra y convocar esfuerzos para lograr un equilibrio entre población, desarrollo y medio ambiente.

En este contexto, la preocupación por el tema de población está vigente y el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) desea contribuir al conocimiento de la dinámica demográfica de nuestro país presentando el documento **ESTADO DE LA POBLACION PERUANA 2002: Aproximación al estudio de la vulnerabilidad sociodemográfica**, que muestra una descripción del comportamiento de los indicadores que caracterizan a la población en los diferentes ámbitos sociodemográficos, propios de la heterogénea realidad del país. La información que presentamos proviene principalmente de nuestras estimaciones y proyecciones de población, de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000 (ENDES) y la Encuesta Nacional de Hogares 2001 (ENAHO).

Un tema que pretendemos desarrollar para apoyar el estudio de la dinámica poblacional es el de la vulnerabilidad sociodemográfica, que nos permitirá identificar los riesgos y la capacidad de respuesta y adaptación de los individuos, la familia y la comunidad. Esta primera aproximación ha tenido la asistencia técnica del Consultor Jorge Rodríguez Vignoli, del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), a quien agradecemos su valiosa contribución. Asimismo, agradecemos al FNUAP por el auspicio de la edición y publicación de este documento.

El INEI espera que este breve estudio sobre la población peruana, sea de utilidad para las autoridades, investigadores y usuarios en general, interesados en conocer la situación sociodemográfica del país, así como una fuente de apoyo para el diseño de políticas, planes y programas sociales.

Lima, Julio del 2002

Gilberto Moncada Vigo
Jefe del Instituto Nacional de Estadística
e Informática

CONTENIDO

PRESENTACIÓN	3
---------------------------	----------

1. POBLACIÓN

1.1 Población total y crecimiento	9
1.2 Componentes del crecimiento poblacional	10
Natalidad y mortalidad	10
Fecundidad	11
Fecundidad adolescente	11
Esperanza de vida al nacer	12
1.3 Composición de la población por sexo y edad	12
Composición por sexo	12
Estructura por edad	13
1.4 Impacto en la composición por sexo y edad	14
Población en edad escolar	15
Población en edad electoral	15
1.5 Hacia el envejecimiento demográfico	16
Desafíos que surgen a partir del envejecimiento poblacional	16
Evolución y volumen de la población	17
Estructura por sexo y edad	17
Índice de vejez y edad media de la población	18
1.6 Distribución espacial de la población	19
Distribución urbana rural	19
Distribución por departamentos y regiones naturales	20
1.7 Población y pobreza	22
Pobreza y grupos especiales	22
Incidencia de la pobreza	24
1.8 Cambios demográficos y oportunidades de desarrollo	25
El crecimiento de la población	25
El proceso de transición demográfica	26
La razón de dependencia	27
Evolución de la población en edad laboral	28
1.9 El Perú en el Mundo	29

2. APROXIMACIÓN AL ESTUDIO DE LA VULNERABILIDAD SOCIODEMOGRÁFICA

2.1 Vulnerabilidad social y sociodemográfica. Propuesta conceptual	33
2.2 Transición demográfica: proceso, teoría y tendencias nacionales y subnacionales en el Perú	36
La transición demográfica en el Perú	36
Fase de la transición demográfica, 2002	38
2.3 La Transición demográfica ¿el fin de la vulnerabilidad sociodemográfica?	40
El riesgo transicional y la alta mortalidad	40
El riesgo transicional y la alta fecundidad	44
La transición demográfica y la fecundidad no deseada	45
2.4 La fecundidad adolescente: un riesgo que persiste pero "mutado"	47
Distinciones básicas	47
Tendencias y diferenciales de la fecundidad adolescente	48
¿Como se responde a la fecundidad adolescente?	50
2.5 El envejecimiento en sus distintas facetas: un riesgo inevitable	51

Bibliografía	54
---------------------------	-----------



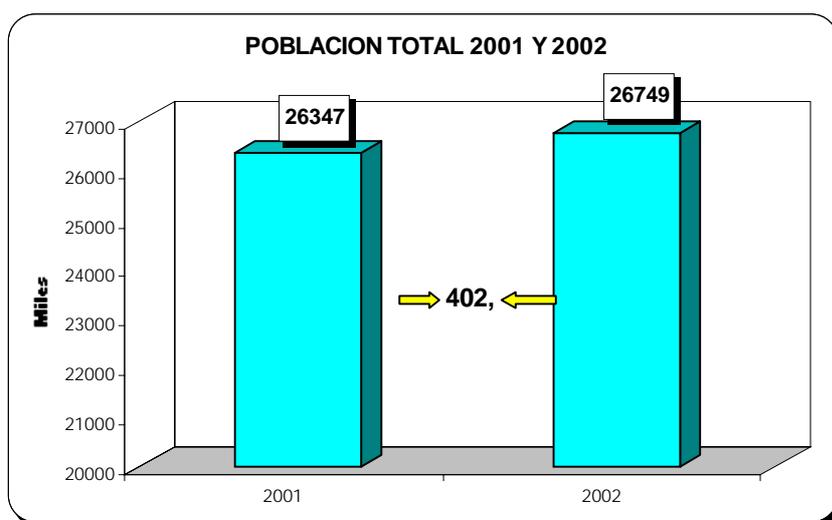
1. POBLACION

1. POBLACION

1.1 Población total y crecimiento

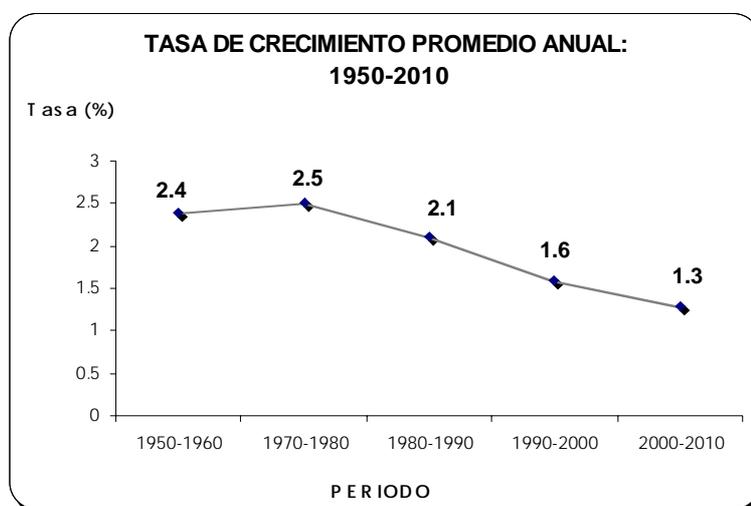
La población peruana estimada al 30 de junio del año 2002 alcanza a 26 millones 749 mil habitantes. Entre el año 2001 y el 2002 la po-

blación aumentó en 402 mil habitantes, lo que representa una tasa de crecimiento de 1,5% y diariamente estaría aumentando en 1101 personas. Según las últimas proyecciones de población, en los próximos tres años la población del país se incrementará en 1.2 millones, es decir, alrededor de 400 mil personas por año.



En los últimos 30 años la tasa de crecimiento promedio anual ha disminuido en forma sistemática. De 2,5% observado en el período 1970-80 a 1,6% en el periodo 1990-2000, como consecuencia de una significativa reducción de

la fecundidad y de la mortalidad, que hacen prever para el futuro una reducción de la tasa de crecimiento a 1,3% en el período 2000-2010.

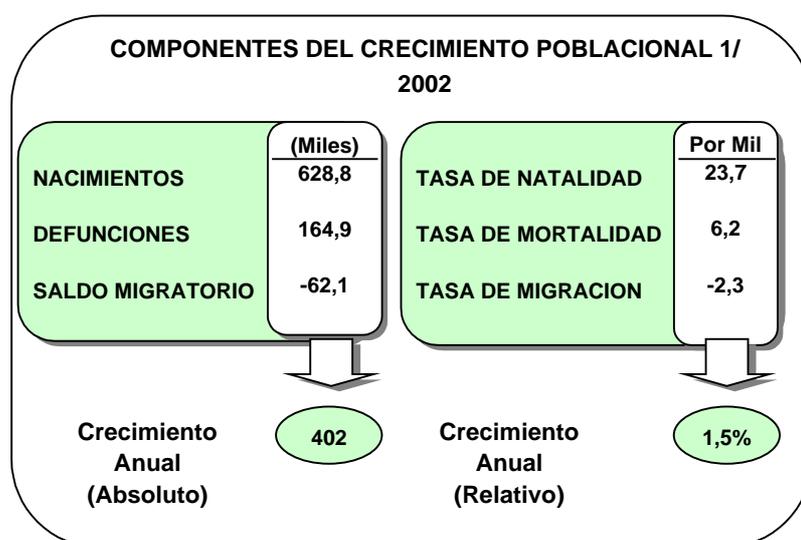


1.2. Componentes del crecimiento poblacional

El crecimiento de la población se da como resultado del efecto combinado de tres hechos demográficos: natalidad, mortalidad y migraciones. La tendencia de cada hecho está asociada a la conducta reproductiva, la conservación de la salud y las expectativas por mejorar las condiciones de vida de la población, así como al contexto socioeconómico, cultural y político del país.

Natalidad y mortalidad

El crecimiento de nuestra población en el año 2002, se debe fundamentalmente al número de nacimientos que ocurren anualmente en el país, que se estiman en 629 mil para el presente año. Las defunciones anuales se estiman en el orden de 165 mil. Relacionadas con la magnitud de la población para el año 2002, significan 23,7 nacimientos y 6,2 defunciones anuales por cada mil habitantes.



1/ Calculados al 30 de junio.

El crecimiento natural de la población (nacimientos menos defunciones) es de 464 mil personas al año, que relacionado al saldo migratorio negativo de 62,1 mil personas al año, significa un crecimiento total de 402 mil habitantes.

Para el año 2002 se estima que en el área urbana, ocurrirán aproximadamente 395 mil nacimientos, es decir el 63% del total de nacimientos estimados y en el área rural nacerán 232 mil niños. Estos nacimientos determinan tasas brutas de natalidad de 20,5 y 31,1 por mil, respectivamente en cada área.

INDICADORES DEMOGRAFICOS POR AREA, 2002

INDICADOR	URBANA	RURAL
Nacimientos Anuales (en miles)	395,2	231,5
Defunciones Anuales (en miles)	106,8	58,6
Tasa Bruta de Natalidad (Por mil)	20,5	31,1
Tasa Bruta de Mortalidad (Por mil)	5,5	7,9
Esperanza de Vida al Nacer (Años)	72	65

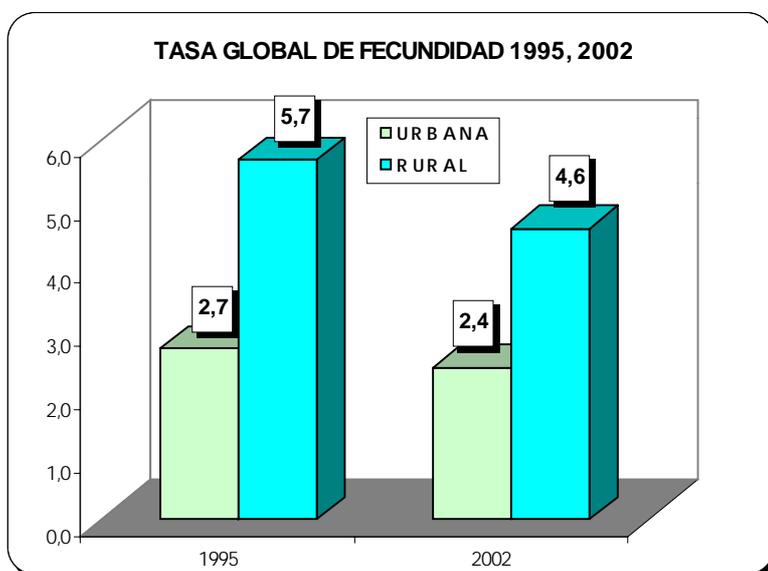
FUENTE: INEI - Proyecciones de la Población del Perú, 1970-2025

Fecundidad

La fecundidad es una de las variables demográficas más importantes para evaluar la tendencia del crecimiento de la población. Esta variable ha venido descendiendo sistemáticamente en el Perú, pero todavía es elevada en algunos ámbitos geográficos del territorio nacional, donde las condiciones de vida son muy deprimidas.

En el año 2002, el nivel de la fecundidad de las mujeres en edad fértil es de 2,9 hijos por mujer, observándose una reducción de 17% en com-

paración con el nivel registrado en 1995, que fue de 3,5 hijos por mujer en edad fértil. Las razones que explican este descenso son, la creciente práctica anticonceptiva de parte de las mujeres, la ampliación de los servicios de salud en el país y el mejoramiento del nivel educativo. De otro lado, el descenso de la fecundidad no ha sido uniforme en las áreas de residencia, es más intenso en el área rural (19,2%), que en el área urbana (11,1%), sin embargo se mantienen las brechas urbano-rural.



Al comparar los promedios estimados del número de hijos por mujer según área de residencia, se observa que en el área rural, actualmente las mujeres tienen en promedio 4,6 hijos que es casi el doble de las que residen en el área urbana, que en promedio tienen 2,4 hijos por mujer.

Fecundidad adolescente

Se estima que en el año 2002 1 millón 334 mil son mujeres adolescentes, es decir, tienen entre 15 a 19 años de edad y representan el 19,4% del total de mujeres edad fértil (MEF).

Según los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000 (ENDES IV), el 13,0% de mujeres adolescentes estuvieron al-

guna vez embarazadas (173,493), de este total el 10,7% ya son madres y el 2,3% estaban embarazadas de su primer hijo. La mayoría de los nacimientos ocurridos en las adolescentes se concentra entre los 18 y 19 años, con el 18,2% y 22,3% respectivamente.

En relación, al ámbito geográfico en el que residen las adolescentes, se observa que existe mayor incidencia de madres precoces en el área rural que en el área urbana: 22 de cada 100 son madres antes de los 20 años en el medio rural, frente a 9 de cada 100 en el medio urbano. Por departamentos, los que tienen las más altas proporciones de madres adolescentes son, Loreto (34,4%), Ucayali (27,0%), Amazonas (26,5%) y Huancavelica (24,9%).

Entre las adolescentes se ha incrementado el porcentaje de usuarias de métodos de planificación familiar. En 1996 el 7,5% de mujeres de 15 a 19 años usaba algún método anticonceptivo y en el año 2000 este porcentaje es de 8,8%. Para el mismo período, en las adolescentes no unidas, sexualmente activas se ha incrementado en cerca de dos puntos porcentuales las usuarias de algún método de planificación familiar, es decir, de 69,8% pasó a 71,6%.

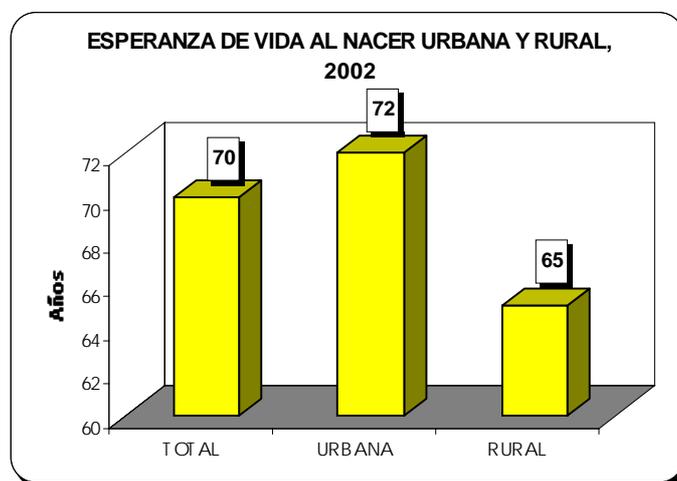
Esperanza de vida al nacer

La esperanza de vida al nacer¹, es uno de los indicadores que resume mejor el nivel de vida de la población. En el país, la duración media de vida está experimentando una apreciable

ganancia, principalmente por la expansión de los servicios de salud y el mejoramiento de las condiciones de vida de la población.

El peruano que nace en el año 2002, se estima que tendrá una expectativa de vida de 70 años. En 1993, esta expectativa era de 67 años. Por sexo, se observa una sobrevivencia mayor en las mujeres, que en promedio vivirán 72 años, 5 años más que los hombres, quienes tienen una esperanza de vida de 67 años.

Por área de residencia, la esperanza de vida al nacer de la población urbana es de 72 años, 7 años más que la de la población rural, que se estima en 65 años para el año 2002.



1.3 Composición de la población por sexo y edad

La composición de la población por sexo y edad tiene importantes consecuencias demográficas sociales y económicas.

Composición por sexo

En el año 2002, 13 millones 295 mil son mujeres y representan el 49,7% de la población total del país. El 50,3% restante, es decir 13 millones 455 mil son hombres. No obstante esta pequeña diferencia, se mantiene casi un equilibrio en la distribución de la población por sexo.

POBLACION POR SEXO 1981-2002
(Miles)

AÑOS	HOMBRES	MUJERES
1981 a/	8489,9	8515,3
1993 a/	10956,4	11091,0
2002	13454,5	13294,5

a/ Población Censada: Censos de 1981 y 1993
FUENTE: INEI - Estimaciones y Proyecciones de la Población, 1950-2050

¹ Es un indicador que resume las condiciones de sobrevivencia de la población y expresa el número de años que se espera viva una persona recién nacida, si los riesgos de muerte por edad permanecieran estables en el tiempo.

En las áreas urbanas del país la proporción entre hombres y mujeres es equilibrada. El 50,1% son hombres y el 49,9% son mujeres. En las zonas rurales la proporción es favorable a los hombres (50,8%) en relación a las mujeres (49,2%). La menor proporción de mujeres en las áreas rurales se explica por los procesos migratorios selectivos del campo a la ciudad a donde las mujeres van a trabajar principalmente en el sector servicios (servicio doméstico).

Por departamentos y en función a la actividad económica predominante, se presentan desigualdades numéricas entre ambos sexos. En los departamentos de Madre de Dios y San Martín hay un 11% más de hombres en relación al total de mujeres, en cambio en Puno y Junín hay menor proporción de hombres que mujeres, fundamentalmente por la emigración selectiva masculina.

Estructura por edad

El crecimiento de la población está asociado con la distribución por edades, debido a que el comportamiento de los componentes demográficos varía según la edad de las personas. A su vez, es importante conocer la estructura de la población por edad, ya que muchas de las actividades que realizan las personas, sus potencialidades y sus necesidades están en función de la edad. Desde este punto de vista y de una manera simple se consideran tres grandes grupos de edad: **i)** Los menores de 15 años, que se encuentran en la etapa formativa y que generan principalmente demandas de servicios educativos y de salud.

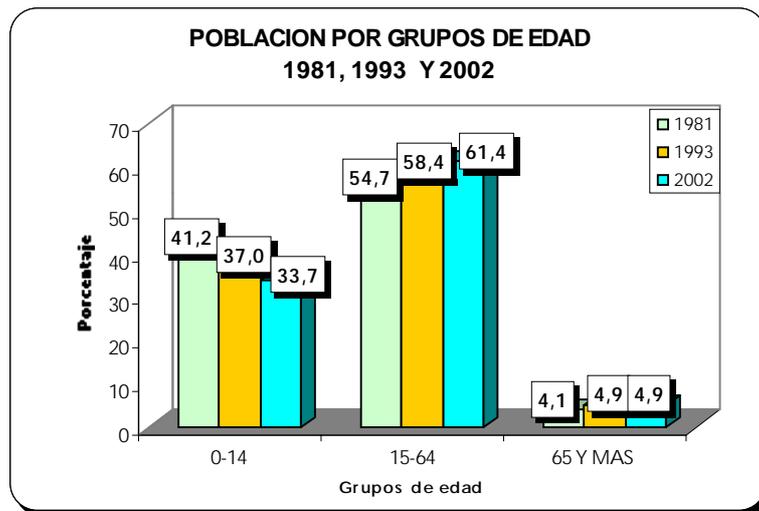
DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN SEXO Y GRANDES GRUPOS DE EDAD, 1981, 1993 Y 2002
(Miles)

GRUPOS DE EDAD	1981		1993		2002	
	ABS.	%	ABS.	%	ABS.	%
TOTAL	17005,1	100,0	22048,4	100,0	26749,0	100,0
0-14	7012,5	41,2	8155,4	37,0	9002,8	33,7
15-64	9299,9	54,7	12866,8	58,4	16436	61,4
65 Y más	692,7	4,1	1026,2	4,7	1310,2	4,9
HOMBRES	8489,8	100,0	10956,4	100,0	13454,5	100,0
0-14	3549,1	41,8	4139,2	37,8	4578,0	34,0
15-64	4615,3	54,4	6330	57,8	8269,2	61,5
65 Y más	325,4	3,8	487,2	4,4	607,3	4,5
MUJERES	8515,3	100,0	11092,0	100,0	13294,5	100,0
0-14	3463,4	40,7	4016,2	36,2	4424,8	33,3
15-64	4684,6	55,0	6536,8	58,9	8166,8	61,4
65 Y más	367,3	4,3	539,0	4,9	702,9	5,3

FUENTE: INEI - Censos Nacionales 1981 y Proyecciones de Población 1970-2025

ii) El grupo de 15 a 64 años, que comprende a los que participan en la actividad productiva y reproductiva y demandan empleo, vivienda y servicios de salud en general y salud reproductiva en particular y, **iii)** La población de 65 años y más cuyas demandas están vinculadas a la seguridad y protección social.

En los últimos 21 años el Perú ha experimentado una transformación en la estructura de edades en su población. El grupo de menores de 15 años ha disminuido de 41,2% a 33,7%, la población de 15 a 64 años ha aumentado de 54,7% a 61,4% y los mayores de 65 años y más han aumentado de 4,1% a 4,9%.

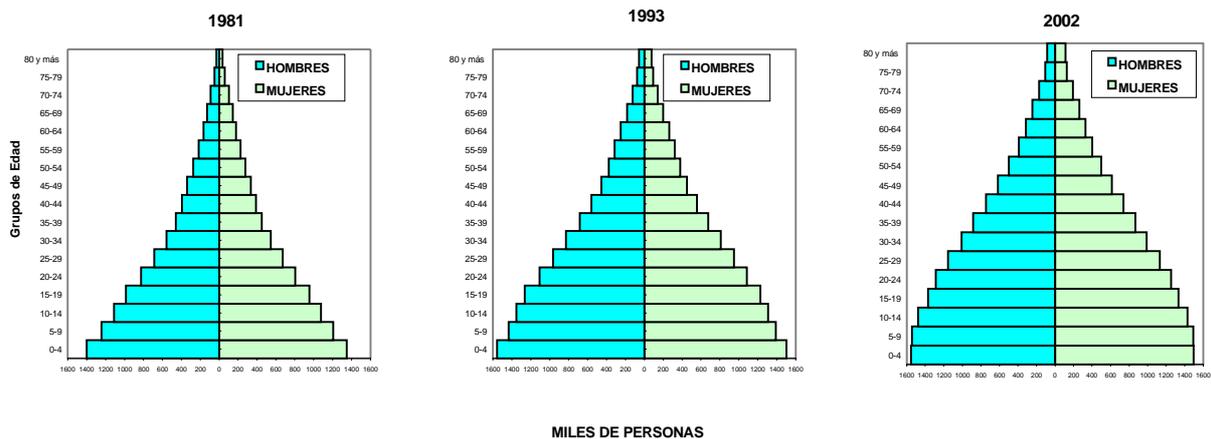


1.4 Impacto en la composición por sexo y edad

La disminución en el crecimiento de nuestra población indica que los sucesivos cambios en la fecundidad y mortalidad han afectado tanto el volumen como la estructura por edad de la po-

blación. La evolución de dicha estructura en los últimos 21 años permite observar las modificaciones experimentadas por el comportamiento social y económico de la población. Estos elementos determinan el escenario demográfico que es dinámico y cambiante.

PIRAMIDE DE POBLACION 1981, 1993 Y 2002



Al comparar las pirámides poblacionales correspondientes a 1981 y al año 2002 se notan cambios significativos, como un paulatino y

persistente incremento en las edades avanzadas y una proporción similar en los tramos de edades jóvenes.

En 1981 se observa una pirámide con espacios más amplios en la base y más angosta en la parte superior, característica propia de un país joven. El año 2002, en cambio muestra una reducción en la base y similares proporciones en los tres primeros grupos de edad, como resultado del descenso de la mortalidad de los menores de 15 años.

Población en edad escolar

La edad normativa establecida para los niveles básicos de educación, considerados como escolaridad obligatoria se ha definido entre los 3 y 24 años de edad. En tal sentido, la población en edad escolar que el Sistema Educativo Nacional debería atender el presente año

asciende a 14 millones 251 mil personas, que representa el 53% de la población total y debería ser atendido por los servicios educativos público o privado en el territorio nacional.

Teniendo en cuenta los niveles básicos de escolaridad obligatoria, el mayor contingente que demanda servicios de educación corresponde al grupo de 6 a 11 años con 3 millones 612 mil que deberían estar cursando el nivel de primaria. En el nivel de educación secundaria deberían haber 2 millones 832 mil alumnos de 12 a 16 años, mientras que en la primera etapa de la vida escolar, es decir, en educación inicial deberían estar ingresando un millón 834 mil niños.

POBLACION EN EDAD ESCOLAR SEGUN GRUPOS DE EDAD, 2002

GRUPOS DE EDAD	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
TOTAL	12420879	6302724	6118155
3-5	1833996	933573	900423
6-11	3612449	1835250	1777199
12-16	2831976	1436595	1395381
17-24	4142458	2097306	2045152

FUENTE: INEI - Estimaciones y Proyecciones de la Población Total, Urbano y Rural por años calendario y edades simples, 1970-2025

Población en edad electoral

Otro segmento poblacional importante es la población electoral, constituido por las personas que han llegado a cumplir los 18 años de edad y alcanzaron la mayoría de edad, encontrándose aptos para su inscripción en el registro electoral y participar con su voto en las elecciones presidenciales, municipales y las que convoque el Jurado Nacional de Elecciones

En el presente año la población electoral es de 15 Millones 387 mil personas, que representa el 57,5% de la población total del país. El mayor volumen de votantes son los menores de 30 años que en términos porcentuales corresponde al 62,7% de la población electoral. Se estima que para el 2005 esta población llegará a los 16 millones 419 mil votantes, que representará el 58,7% y los jóvenes como en la actualidad serán quienes decidirán a los que nos deben representar en el Gobierno central regional y local.

**POBLACION EN EDAD ELECTORAL SEGUN GRANDES
GRUPOS DE EDAD, 2002 Y 2005**

GRUPOS DE EDAD	2002	2005
TOTAL	15387405	16418615
18-29	5891602	6115557
30-39	3747174	3990990
40-49	2715813	2979412
50-59	1790805	1992288
60-70	1242011	1340368
HOMBRES	7721706	8236490
18-29	2978903	3092237
30-39	1889518	2011162
40-49	1360351	1493359
50-59	890030	988969
60-70	602904	650763
MUJERES	7665699	8182125
18-29	2912699	3023320
30-39	1857656	1979828
40-49	1355462	1486053
50-59	900775	1003319
60-70	639107	689605

FUENTE: INEI - Estimaciones y Proyecciones de la Población Total, Urbano y Rural por años calendario y edades simples, 1970-2025

1.5 Hacia el envejecimiento demográfico

Desafíos que surgen a partir del envejecimiento poblacional

El envejecimiento poblacional, es decir, el aumento de la importancia relativa de las personas de 60 y más años de edad, es uno de los fenómenos de mayor impacto surgidos de los cambios en la estructura demográfica a nivel mundial. La tendencia a la baja de la fecundidad y el incremento sustancial en la supervivencia de las personas de edades avanzadas originan una serie de desafíos en todos los ámbitos de la vida social. Estas atañen a tres planos fundamentales: el mercado, la sociedad y el estado.

En el primero, el envejecimiento de la población genera modificaciones tanto a nivel del mer-

cado de trabajo, como en los de bienes y servicios, sobre todo en los de salud. En el ámbito social, produce nuevas formas de organización de la familia, así como diversas respuestas de la comunidad y la sociedad civil a los nuevos desafíos de bienestar, integración social y empleo del tiempo libre de los adultos mayores.

Finalmente, el estado ante las mayores exigencias que impone el envejecimiento de la población a los sistemas de salud y previsión, debe hacer frente a nuevas tensiones sociales asociadas a las necesidades de financiamiento de estos sistemas, a los cambios en las relaciones de dependencia económica entre generaciones y a la competencia intergeneracional por los puestos de trabajo.

El Perú en las dos últimas décadas ha experimentado un paulatino envejecimiento de su población, precisamente cuando el País vivía las peores épocas de crisis económica, por lo que es muy importante conocer cuál es la situación demográfica, social y económica de la población de 60 y más años de edad. El problema de la población adulta mayor, al igual que la población de los niños y adolescentes, plantea la revisión y redefinición del papel institucional, social y familiar que se debe tener en cuenta con respecto al conjunto de la población de este grupo de edad.

Sobre el problema de la población adulta mayor, generalmente existen dos concepciones bien marcadas en cualquier contexto socioeconómico donde, por una parte, se argumenta que esta población es dependiente fisiológica, económica y emocionalmente, calificándoseles como una "carga", llegando al caso extremo de hacerles sentir como "estorbos" en el entorno familiar, haciendo que sus últimos años pasen en una casa de ancianos. Por otra parte, en algunos contextos su participación social y económica es considerada como un recurso de la sociedad que en muchos casos no es valorado pero sí sobre utilizado.

En términos demográficos, se dice que una población envejece cuando aumenta la proporción de personas del grupo de más edad y disminuye la proporción de niños y jóvenes, resultando una edad media mayor.

Evolución y volumen de la población

Según las últimas proyecciones de población para el año 2002, el país presenta una población adulta mayor de alrededor de 1 millón 956 mil personas, que representan el 7,3% de la población total. En 1981, éste grupo representó un peso relativo de 6,1%. Sin embargo, las proyecciones de población desde hace dos décadas, han mostrado que existe un relativo incremento en su volumen, logrando una mayor importancia como grupo poblacional. Así, según las nuevas tendencias del crecimiento poblacional, las personas adultas mayores en nuestro país alcanzarán una cifra de 4 millones 429 mil personas en el año 2025, expresando así su importancia como grupo poblacional al representar el 12,4% de la población total del país.

POBLACION TOTAL Y DE 60 Y MAS AÑOS, 1981-2025

AÑOS	POBLACION (Miles)	POBLACION DE 60 Y MAS AÑOS	
		(Miles)	(%)
1981 a/	17005	1029	6,1
1993 a/	22048	1544	7,0
2002 b/	26749	1959	7,3
2010 b/	29958	2532	8,5
2020 b/	33923	3665	10,8
2025 b/	35725	4429	12,4

a/ Censos Nacionales de Población 1981 y 1993

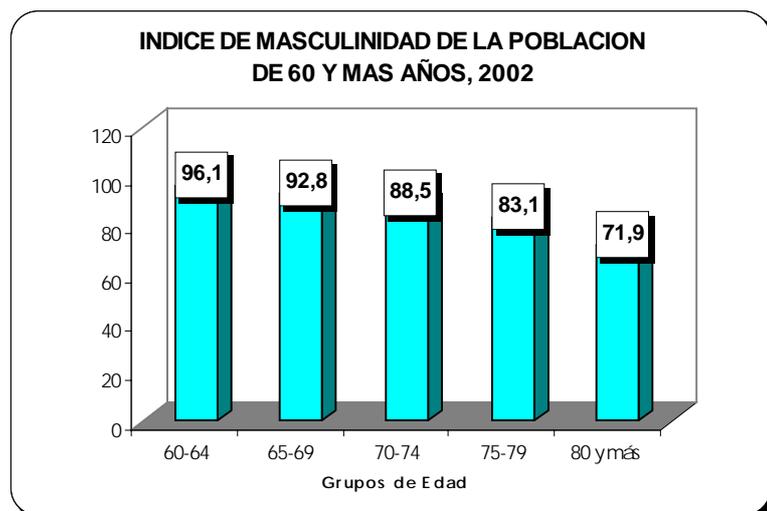
b/ Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población, 1950-2050

Boletín de Análisis Demográfico Nº 35

Estructura por sexo y edad

Para el año 2002, el índice de masculinidad en la población de 60 y más años de edad fue de 89,5 pero si observamos este indicador por grupos específicos de edad, encontraremos que dichos índices van disminuyendo paulatinamente

al avanzar la edad de los hombres, lo que nos demuestra la tendencia de una mayor mortalidad masculina a medida que las edades avanzan. Una de las evidencias es que, en el grupo de 60 a 64 años existen 96 hombres por cada 100 mujeres y en las edades de 80 y más sólo 71,9 hombres por cada 100 mujeres.



A nivel departamental, los mayores índices de masculinidad de la población de 60 y más años se encuentran en los departamentos de Madre de Dios, Ucayali, Tumbes, Loreto y Moquegua, en Madre Dios dicho índice es de 155 hombres por cada 100 mujeres. Contrariamente, en Lima Metropolitana se presenta uno de los más bajos índices de masculinidad en este grupo de edad, seguido de Ayacucho, Huancavelica, Apurímac y Puno, encontrándose en promedio en 85 hombres por cada 100 mujeres de 60 y más años de edad.

Índice de vejez y edad media de la población

La disminución de la proporción de menores de 15 años y el incremento de representatividad de los adultos mayores debido a la disminución de

la mortalidad y de la fecundidad a través del tiempo, incide en forma directa en el Índice de Vejez² y la edad media de la población.

En la actualidad, existen aproximadamente 22 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años, es decir, cerca del doble de los que había en el año 1950. En el año 2020 se habría casi duplicado este indicador, al alcanzar 42 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años que habrá en el año 2020. Las cifras muestran que el índice de vejez en los últimos 50 años, casi de duplicó y, según las proyecciones de población la próxima duplicación sería en aproximadamente 20 años y en el año 2025, los adultos mayores serán equivalentes en número a más de la mitad de la población menor de 15 años.

POBLACION, INDICE DE VEJEZ Y EDAD MEDIANA, 1950-2025

AÑOS	POBLACION (En miles)		INDICE DE VEJEZ (Por cien)	EDAD MEDIANA (En Años)
	Total	Menores de 15 años		
1950	7632	3172	13,7	19,1
1960	9931	4302	13,0	18,5
2002	26749	9003	21,7	23,3
2010	29958	8902	28,4	25,7
2020	33923	8715	42,1	29,1
2025	35725	8607	51,5	30,9

² Número de Adultos mayores, de 60 y más años, por cada 100 menores de 15 años.



También es importante señalar que la tendencia al envejecimiento se refleja en el aumento de la edad promedio de la población. Las cifras muestran que la edad promedio actual en nuestro país es de 23 años, 4 años más que en 1950 y se estima que será de 31 años en el año 2025, es decir, de habrá incrementado en 8 años, lo cual indica que en los próximos 25 años, será más del doble a la experimentada en los últimos 50 años.

La consecuencia más inmediata, provocada por la transición demográfica, es el cambio en la estructura por edad de la población, es decir, se produce una rápida disminución del porcentaje de la población joven y aumenta la de edades más avanzadas. En el caso del Perú, según las proyecciones de población, en el año 2025 habrá 52 personas de 60 y más años por cada 100 menores de 15 y, en el año 2047 el volumen de población adulta mayor superará a la de los jóvenes, es decir, a partir de dicho año, los jóvenes comenzarán a ser reemplazados por los adultos mayores. Estos cambios generan nuevas demandas, principalmente en lo que corresponde a los aspectos económicos, de salud, educación y seguridad social. Se agregan nuevas necesidades y se reemplazan las antiguas. Así por ejemplo, las enfermedades propias de la vejez adquieren mayor importancia que aquellas que afectan a otros grupos de edad de la población.

Lo anterior pone de manifiesto que a los desafíos que enfrentará nuestro país en materia de políticas públicas se agregan recientemente aquellos derivados del envejecimiento poblacional.

En primer lugar, con el acceso a servicios de salud, con los niveles de cobertura de los sistemas de seguridad social y la suficiencia de los ingresos por jubilaciones y pensiones para satisfacer las necesidades básicas.

En segundo lugar, las derivadas de la participación laboral de los adultos mayores.

En tercer lugar, los cambios en la composición de los hogares y la definición de los roles de los distintos miembros de la familia, como consecuencia de la diversidad de arreglos familiares que se van conformando a medida que avanza el proceso de envejecimiento de la población.

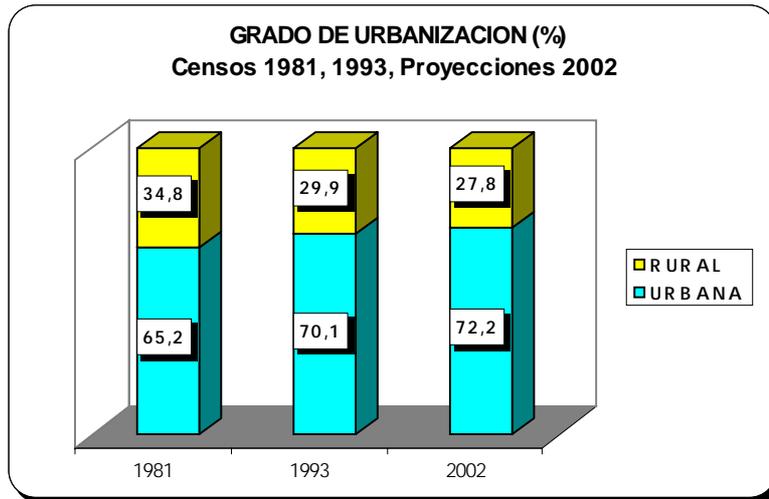
1.6 Distribución espacial de la población

Los censos levantados en nuestro país muestran que la población está distribuida territorialmente en forma desigual y refleja un cambio continuo, que aumentan a medida que se incrementa el grado de urbanización (concentración de la población en los centros urbanos). Esta desigual distribución de la población, responde principalmente a dos factores demográficos: a los flujos migratorios y a las diferencias en la tasa de crecimiento natural en los diferentes ámbitos geográficos.

Distribución urbana y rural

Existen varias formas de segmentar territorialmente la población. Una primera gran clasificación de la población en el espacio es la diferenciación urbana - rural.

Nuestra población peruana presenta una acelerada concentración en el área urbana. De 65,2% en 1981 ha pasado a 72,2% en el año 2002. En cambio, la población en el área rural ha disminuido en 7 puntos porcentuales, de 34,8% a 27,8% en el mismo periodo. El proceso de concentración o urbanización tiene su saldo positivo porque favorece el desarrollo de las economías de escala y disminuye los costos de producción de servicios, al tener concentrada a la población en grandes núcleos.



Este proceso de concentración se da fundamentalmente por la migración proveniente del área rural y genera problemas en las ciudades, que

no están preparadas para adecuar rápidamente la oferta de servicios para una población creciente.

POBLACION URBANA Y RURAL SEGÚN AREA Y SEXO
1970, 1990 Y 2002
(Miles)

AREAS	1970	1990	2002
URBANA	7659211	14955100	19310309
HOMBRES	3850707	7487056	9676260
MUJERES	3808504	7468044	9634049
RURAL	5533466	6798228	7438663
HOMBRES	2797984	3457439	3778226
MUJERES	2735482	3340789	3660437

FUENTE: INEI - Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2050.

De otro lado, si bien es cierto que la población rural ha disminuido en términos relativos, el volumen de población ha venido aumentando, debido a sus altas tasas de fecundidad, pero este crecimiento es atenuado por la fuerte emigración de sus habitantes a las grandes ciudades.

Distribución por departamentos y regiones naturales

Las tendencias observadas en la distribución de la población por departamentos, muestran que la dinámica demográfica en cada departamento no es uniforme. Tanto la fecundidad, como la mortalidad y las migraciones han intervenido con distintos grados en volumen e intensidad, influenciados por los hechos sociales, econó-

micos y culturales propios del departamento, dando como resultado la heterogeneidad en la distribución geográfica.

Lo anterior se traduce al observar la gran concentración de la población en el departamento de Lima que actualmente cuenta con 7 millones 749 mil habitantes y representa el 29% de la población total del país.

A nivel nacional, sobresalen por su volumen poblacional los departamentos de Piura, La Libertad, Cajamarca, Junín, Puno y Cusco, concentran cada uno, entre el 5% y 6% de la población total, y conjuntamente con el departamento de Lima concentran al 60,2% de la población total del país, es decir, 16 millones 109 mil personas.

POBLACION TOTAL, SEGUN DEPARTAMENTOS 1981 y 2002

DEPARTAMENTO	1981		2002	
	TOTAL	%	ABSOLUTO	%
PERU	17762231	100,0	26748972	100,0
AMAZONAS	268121	1,5	428095	1,6
ANCASH	862380	4,9	1107828	4,1
APURIMAC	342964	1,9	463131	1,7
AREQUIPA	738482	4,2	1101005	4,1
AYACUCHO	523821	2,9	550751	2,1
CAJAMARCA	1063474	6,0	1498567	5,6
CALLAO	454313	2,6	787154	2,9
CUSCO	874463	4,9	1208689	4,5
HUANCAVELICA	361548	2,0	443213	1,7
HUANUCO	498532	2,8	811865	3,0
ICA	446902	2,5	687334	2,6
JUNIN	896962	5,0	1246663	4,7
LA LIBERTAD	1011631	5,7	1506122	5,6
LAMBAYEQUE	708820	4,0	1121358	4,2
LIMA	4993032	28,1	7748528	29,0
LORETO	516371	2,9	907341	3,4
MADRE DE DIOS	35788	0,2	99452	0,4
MOQUEGUA	103283	0,6	156750	0,6
PASCO	229701	1,3	264702	1,0
PIURA	1155682	6,5	1636047	6,1
PUNO	910377	5,1	1263995	4,7
SAN MARTIN	331692	1,9	757740	2,8
TACNA	147693	0,8	294214	1,1
TUMBES	108064	0,6	202088	0,8
UCAYALI	178135	1,0	456340	1,7
LIMA METROPOLITANA	4835793	27,2	7775138	29,1

FUENTE: INEI - Proyecciones de Población por años calendario, según departamentos, provincias y distritos, 1990-2005 .

En cambio los departamentos de Madre de Dios, Moquegua, Tumbes, Pasco, Tacna y Amazonas son los de menor volumen poblacional, que en conjunto sólo concentran el 5,4% de la población total.

Observando la distribución espacial por regiones naturales en el año 2002, la población se asienta principalmente en la Región Costa, donde reside el 52,3%. Sin embargo, cuando se excluye a Lima Metropolitana de la región, su participación en el total país a lo largo de las

dos últimas décadas se ha mantenido cerca del 23%.

En cambio, en la Sierra se observa un desplazamiento continuo. Entre 1981 y el 2002 ha perdido cerca del 8% de su población al pasar de 41,1% a 37,8% en relación al total de la población. La Región Selva, el territorio más extenso del país, que cubre el 56% de la superficie territorial, concentra solamente el 10% de la población total. En 1981 residían en ella casi el 8%.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION TOTAL POR REGIONES NATURALES 1981-1993 y 2002

REGIONES NATURALES	POBLACION (%)		ESTIMADA AL AÑO 2002
	1981	1993	
TOTAL	100,0	100,0	100,0
(En Miles)	(17'762,2)	(22'639,4)	(26'749,0)
COSTA	51,4	51,8	52,3
LIMA METROPOLITANA	27,2	28,4	29,1
RESTO COSTA	24,2	23,4	23,2
SIERRA	41,1	39,1	37,8
SELVA	7,5	9,1	9,9

FUENTE: INEI - Censos Nacionales 1981, 1993 y Proyecciones al año 2002.

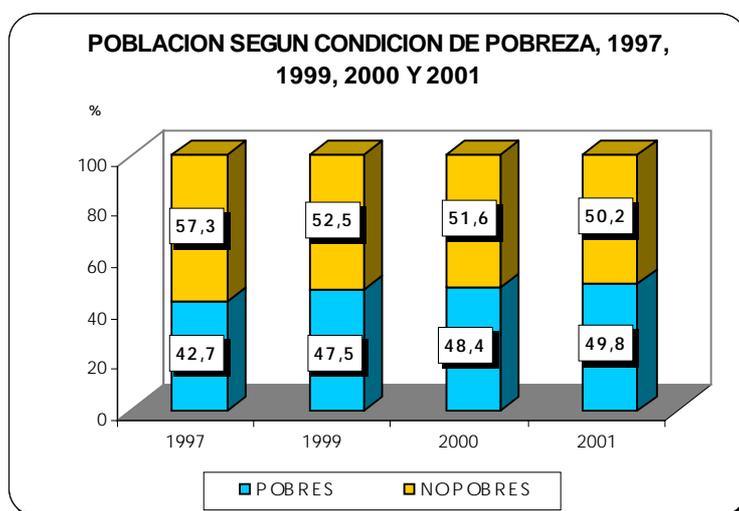
El panorama de la concentración poblacional en la Región Costa se altera totalmente si le agregamos la población de Lima Metropolitana. Así, tenemos que de 31,7% en 1940 pasó al 42,4% en 1961 y al 52% en el año 2002; es decir, en los últimos 62 años la participación de la Costa se habría incrementado en 64% en relación al total país. Se puede afirmar que Lima Metropolitana habría más que triplicado su participación en el total del país, al pasar de 9,4% en 1940 a 29,1% en el año 2002.

1.7 Población y pobreza

Según los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares 2001-IV (ENAHO), se estima que el 54,8%³ de la población total se encontraba en situación de pobreza; es decir, 14 millones

609 mil personas tenía un nivel de gasto insuficiente como para adquirir la canasta básica de consumo. Del total de la población en condición de pobreza, el 24,4% se encontraba en extrema pobreza que en términos absolutos representa 6 millones 513 mil personas cuyos gastos son inferiores al costo de la canasta básica de consumo de alimentos, en relación con una ingesta adecuada de calorías.

Para hacer comparable el indicador de pobreza del año 2001, con los niveles de pobreza obtenidos en los años anteriores, se ha considerado realizar la estimación utilizando la metodología y el marco muestral utilizados en las ENAHO's de 1997 al 2000, correspondiendo, el 49,8% a la pobreza total y el 19,5% a la pobreza extrema.



Pobreza y grupos especiales

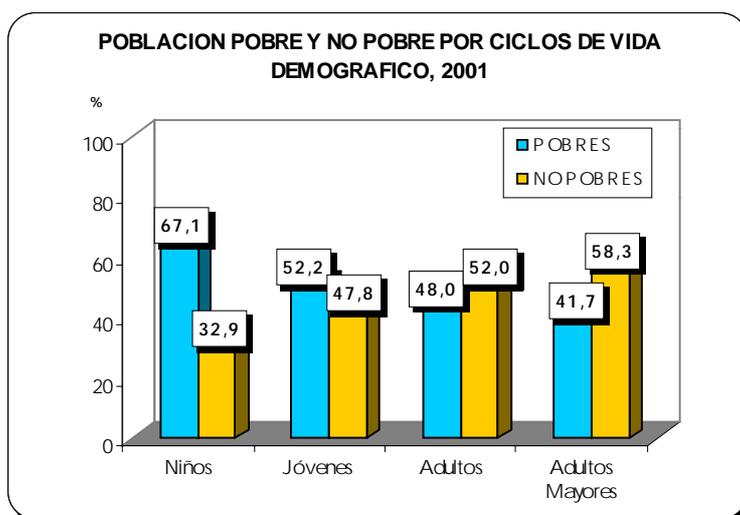
De otro lado, es importante resaltar los grupos poblacionales más afectados con la incidencia de la pobreza. Por tal razón, desde el punto de vista demográfico se determinan ciclos de vida por el que transcurrimos desde el nacimiento, como el ciclo de vida de los niños, de los jóvenes, de los adultos y de los adultos mayores.

En este contexto, los niños y los jóvenes son los más afectados por la pobreza; cerca de 7 de

cada 10 niños en el país se encuentran en esta condición, y 1 de cada 2 jóvenes está en la misma condición.

Los adultos mayores se encuentran en mejor situación que los niños y jóvenes, puesto que muchos de ellos cuentan con prestación de pensiones, otros lograron acumular activos que les producen alguna renta y en los demás casos dependen de sus familiares, sin embargo, un 41,2% de este grupo se encuentra en estado de pobreza.

³ En la nueva estimación de la pobreza, se consideran los siguientes aspectos: i) ampliación de la muestra a 18,824 hogares, mientras que en los años anteriores la muestra era alrededor de 3500 hogares; ii) incorporación de un nuevo marco muestral en base al pre-censo de 1999. Anteriormente se tenía como marco de referencia al Censo de Población y Vivienda de 1993; iii) actualización más fina el costo de la canasta básica de alimentos, lo que permitió construir nuevas líneas de pobreza; iv) corrección de las no-respuestas para Lima Metropolitana en base a información socio-económica de empresas de estudios de mercado.



Entre los otros grupos afectados por la pobreza y que es importante considerar para evaluar la calidad de activo humano con el que cuenta el país para su desarrollo, está la población pre-escolar; es decir, los niños y niñas entre 3 y 5 años de edad, los que están en edad escolar (6 a 17 años) y las mujeres en edad reproductiva, que se encuentran entre los 15 a 49 años.

En el año 2001, la población en edad preescolar que vive en situación de pobreza llegaba al 67,3% y la que se encuentra en edad escolar al 65,5%.

Estos grupos provienen de familias con muchos hijos, residentes en las áreas rurales del país y en las zonas marginales de las grandes ciudades.

Una de cada dos mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) se encuentra en situación de pobreza y son mujeres con un promedio elevado de hijos que asumen la responsabilidad de conducir el hogar y tienen bajos niveles educativos.

POBLACIÓN POBRE Y NO POBRE POR GRUPOS ESPECIALES, 2001

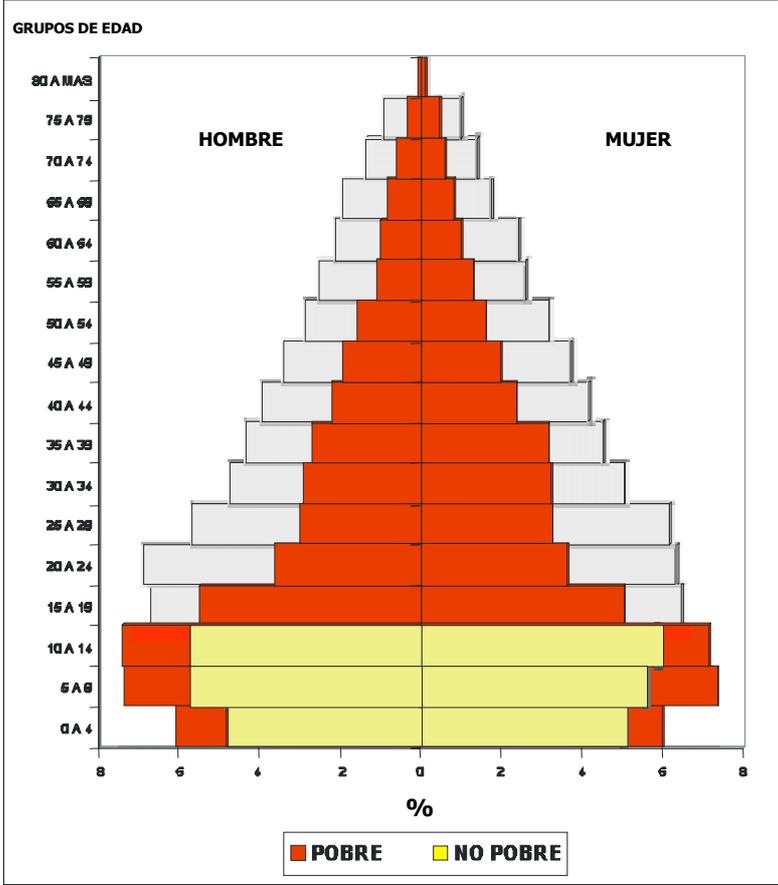
GRUPOS ESPECIALES	PRE ESCOLAR	ESCOLAR	MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA
	TOTAL	100,0	100,0
En miles	(2833)	(7539)	(6719)
POBRES	67,3	65,5	50,2
NO POBRES	32,7	34,5	49,8

FUENTE: INEI - ENAHO, 2001 - IV Trimestre

Según la composición por sexo y edad de la población, es evidente que la pobreza afecta casi por igual a hombres (46,6%) y mujeres (50,4%). Observando a la población masculina y femenina por grupos de edad en la pirámide, se nota claramente que los niños y los adolescentes menores de 15 años son los que mayoritariamente viven en condición de pobreza; sin embargo, los jóvenes de 15 a 19 años

no escapan a esta situación.

Los hombres y mujeres con edades superiores a los 20 años, específicamente los que se encuentran en las edades activas y los adultos mayores son los menos afectados por la pobreza, sugiriendo que la población no pobre es la más envejecida.



Incidencia de la pobreza

Al igual que otras variables sociodemográficas, la pobreza refleja las desigualdades que se presentan en los ámbitos geográficos del país. Así observamos que, en el 2001 la pobreza total afectaba en mayor proporción a la población residente en el área rural (78,4%) que a la del área urbana (42,0%). Una tendencia similar se presenta en la pobreza extrema, que es superior en mas de cinco veces en el área rural (51,3%) que en el área urbana (9,9%).

Estas diferencias también son notables por departamentos. Si los ubicamos dentro de las regiones naturales del país, tenemos que en la Sierra los departamentos más afectados por la pobreza total son: Huancavelica con el 88%, Huánuco con el 78,9%, Apurímac con el 78%, Cajamarca con el 77,4% Cusco con el 75,3% y Ayacucho con el 72,5%. En la región Selva destacan: Ucayali (70,5%) y Loreto (70%). Mientras que en la Costa se observan los menores niveles de pobreza en los departamentos de Moquegua con el 29,6%, Tacna con el 32,8% y Lima con el 33,4%.

**INCIDENCIA DE LA POBREZA TOTAL Y EXTREMA POBREZA, SEGÚN
AREA Y DEPARTAMENTOS, 2001**

AREA Y DEPARTAMENTO	POBREZA TOTAL (%)	POBREZA EXTREMA (%)
TOTAL (En miles)	54,8 (14 608 8)	24,4 (12 051 6)
AREAS		
URBANA	42,0	9,9
RURAL	78,4	51,3
DEPARTAMENTOS		
HUANCAVELICA	88,0	74,4
HUANUCO	78,9	61,9
APURIMAC	78,0	47,4
PUNO	78,0	46,1
CAJAMARCA	77,4	50,8
CUSCO	75,3	51,3
AMAZONAS	74,5	41,1
AYACUCHO	72,5	45,4
UCAYALI	70,5	44,9
LORETO	70,0	47,2
SAN MARTIN	66,9	36,2
PASCO	66,1	33,2
PIURA	63,3	21,4
LAMBAYEQUE	63,0	19,9
ANCASH	61,1	33,3
JUNIN	57,5	24,3
LA LIBERTAD	52,1	18,3
TUMBES	46,8	7,4
AREQUIPA	44,1	14,5
ICA	41,7	8,6
MADRE DE DIOS	36,7	11,5
LIMA	33,4	3,1
TACNA	32,8	5,2
MOQUEGUA	29,6	7,6

FUENTE: INEI - Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza, 2001 -

El nivel de la pobreza extrema en el año 2001 es mayor en los departamentos de Huancavelica, Huánuco, Cusco y Cajamarca, donde la población que no llega a cubrir sus gastos de alimentos es superior al 50%. De otro lado, los niveles mas bajos se visualiza en los departamentos de Lima, Tacna, Tumbes, Moquegua e Ica, con menos del 10% en todos los casos.

Si bien los departamentos mencionados tienen los mayores y menores niveles de pobreza extrema respectivamente., en general, la población de la mayoría de los departamentos de la Sierra y la Selva destacan como pobres extremos con porcentajes superiores al 24%, excepto los departamentos de Arequipa (14,5%) y Madre de Dios (11,5%).

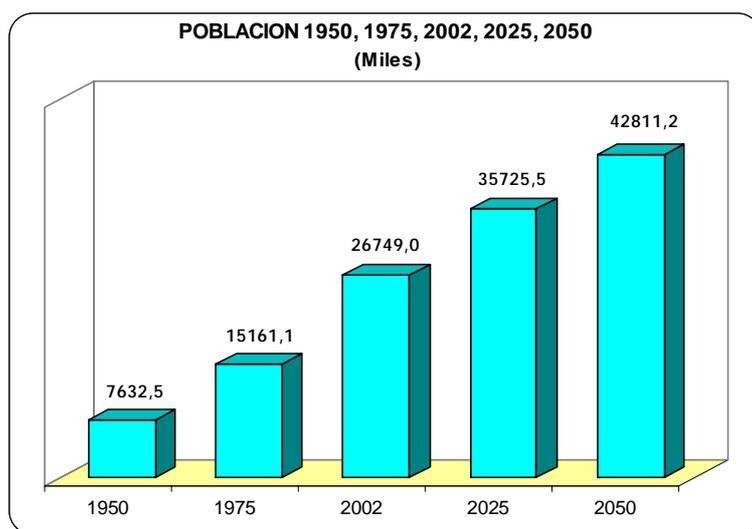
1.8 Cambios demográficos y oportunidades de desarrollo

El crecimiento de la población

Nuestra población está experimentando cambios en la velocidad de su crecimiento. Los pro-

cesos de modernización, el mayor acceso de la mujer al mercado laboral, el incremento en el uso de métodos anticonceptivos, entre otros factores, inciden en la disminución de la tasa de crecimiento de la población que irá disminuyendo aún mas en los próximos decenios.

La población del Perú al 30 de junio de 1950 era de 7 millones 633 mil habitantes. A mediados del 2002 la población alcanzó los 26 millones 749 mil personas. Considerando estas cifras la población peruana desde 1950 a la fecha creció a un promedio de 368 mil personas por año. De continuar la actual tendencia demográfica, entre el 2002 y el año 2025, es decir en los próximos 23 años, la población continuará creciendo anualmente a un promedio de 390 mil personas, llegando a 35 millones 726 mil habitantes en el año 2025, siendo aproximadamente mayor en cinco veces que la observada en el año 1950 y mayor en casi 9 millones a la población del año 2002.



El proceso de la transición demográfica

Es un proceso observado en distintas sociedades y consiste en los cambios de niveles altos de fecundidad y mortalidad a niveles bajos a lo largo de un período. En este proceso se pueden distinguir al menos cuatro fases:

Fase 1: Transición Incipiente. Comprende a los países con fecundidad y mortalidad elevada y una tasa de crecimiento de 2,5%; por ejemplo: Bolivia.

Fase 2: Transición Moderada. Comprende a los países con fecundidad elevada, mortalidad moderada y una tasa de crecimiento de 3%; por ejemplo: Paraguay.

Fase 3: Plena Transición. Comprende a los países con fecundidad moderada, mortalidad moderada o baja y una tasa de crecimiento de 2%;

por ejemplo: Brasil, México, Colombia, Perú y Venezuela.

Fase 4: Transición Avanzada. Comprende a los países con fecundidad baja, mortalidad baja y una tasa de crecimiento de 1%; por ejemplo: Argentina, Chile y Uruguay.

Actualmente, nuestro país se encuentra en Plena Transición Demográfica, cuya característica es el descenso moderado de la fecundidad, que en el 2002 es de 2,9 hijos por mujer. En este proceso, desde 1950 hasta la actualidad, la tasa global de fecundidad se ha reducido a un poco menos de la mitad, al pasar de 6,9 a 2,9 hijos en promedio por mujer, como consecuencia de un mayor acceso de la población a la información y a la planificación familiar, la participación de la mujer en la educación y en el mercado laboral, entre otros factores.

TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD, 1950 - 2025

QUINQUENIOS	TGF
1950 - 1955	6,85
1960 - 1965	6,85
1970 - 1975	6,00
1980 - 1985	4,65
1990 - 1995	3,70
2000 - 2005	2,86
2010 - 2015	2,38
2020 - 2025	2,22

FUENTE: INEI - Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2050.

Las cifras que se presentan corresponden al escenario nacional y es resultado de los valores encontrados en los diferentes ámbitos del país en los que el proceso de transición demográfica no es uniforme.

La razón de dependencia

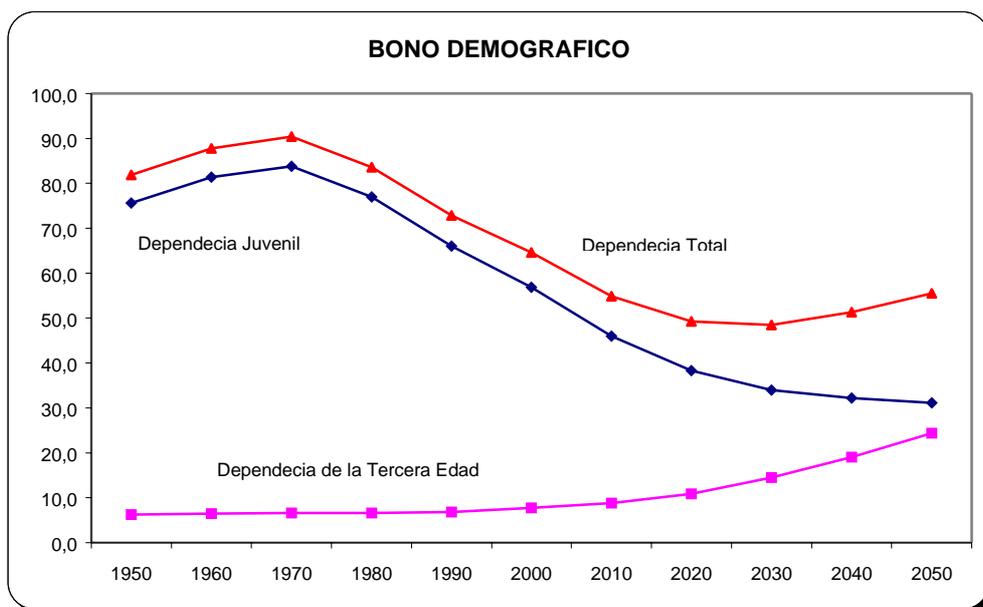
La razón de dependencia refleja los cambios en la estructura por edad de la población. Este indicador se puede descomponer en la razón de dependencia juvenil y en la razón de dependencia de la tercera edad. En el primer caso, resulta de dividir la población menor de 15 años entre la población en edad de trabajar (15 a 64 años), y en el segundo caso, dividir la población de 65 años y más entre la población en edad de trabajar.

La razón de dependencia juvenil, que en 1950 ascendía a 75,6 menores de 15 años por cada 100 personas en edad de trabajar, observó un crecimiento continuo hasta 1970, cuando alcanzó su nivel máximo de 83,8 por cada 100. En las siguientes décadas como consecuencia del descenso de la fecundidad, este indicador se redujo significativamente a 56,8 en el año 2000. En tanto, la razón de dependencia de la tercera edad se ha mantenido en valores rela-

tivamente bajos, de 6,3 en 1950 pasó a 7,7 en el año 2000. La tasa de dependencia total que es la suma de la razón de dependencia juvenil y de la tercera edad muestra un descenso importante a partir de 1970, donde alcanza su máximo valor (90,4 por cada 100), en 1990 llega a 72,8 y en el año 2000 a 64,6 personas por cada 100 en edad de trabajar.

La dinámica demográfica de los distintos grupos de edad hace prever que la razón de dependencia total seguirá descendiendo hasta el año 2030. Luego, esta tendencia se invertirá como consecuencia del aumento de la población de la tercera edad.

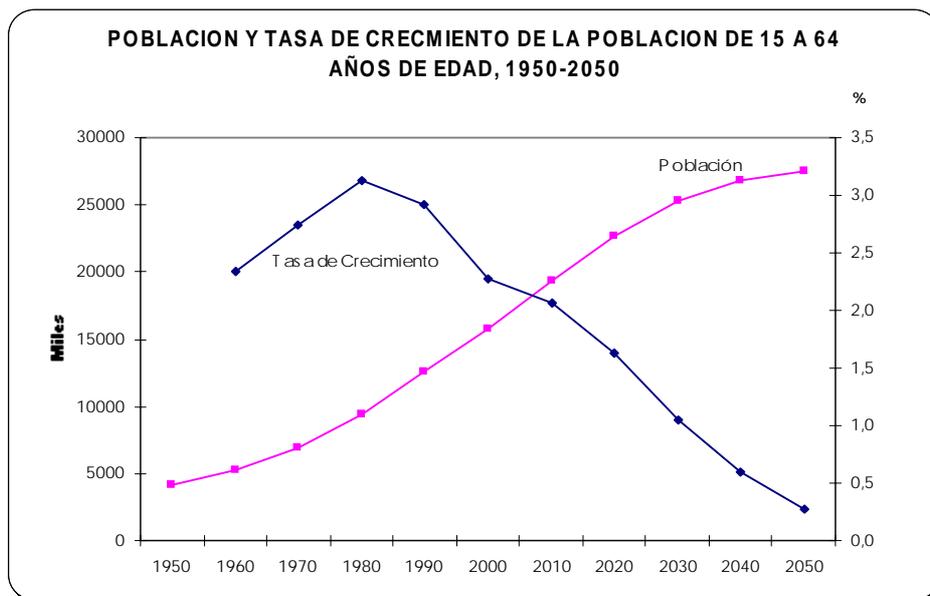
Consecuentemente, en las próximas tres décadas habrá una menor proporción dependiente de la población económicamente activa, es decir, los menores de 15 años, y la población en edad productiva alcanzarán un mayor nivel. La combinación de estas situaciones demográficas da lugar al bono demográfico, que brindará al país la oportunidad de invertir en capital humano para enfrentar los retos del desarrollo y estar en mejores condiciones para hacer frente al envejecimiento de la población. La utilización plena del potencial productivo de la población en edad de trabajar es de suma importancia para concretizar el bono demográfico.



Evolución de la población en edad laboral

La población en edad de trabajar se incrementó fuertemente entre los años 1950 y 1980. De 4 millones 196 mil pasó a ser más del doble en 1980: 9 millones 435 mil personas en edad de trabajar, con una tasa de crecimiento anual de 3,1%.

En las dos décadas siguientes, su crecimiento ha ido descendiendo lentamente hasta alcanzar una tasa de 2,3% en el año 2000, que en términos de volumen de población significa 15 millones 761 mil personas.



Según las proyecciones de población, en las próximas décadas, la población entre 15 y 64 años de edad continuará aumentando su tamaño y por consiguiente el potencial productivo y de creación de riqueza en nuestro país. Esta población en el año 2010 alcanzará los 19 millones 346 mil; sin embargo su tasa de crecimiento se reducirá a 2,1% y en el 2030 será 25 millones, en que la dinámica de crecimiento de la población en edad de trabajar estará alrededor de 1%.

El crecimiento de la población en edad de trabajar en términos absolutos compromete un desafío en la creación de nuevos puestos de tra-

bajo, para el nuevo número de demandantes de empleo, que en los próximos años todavía será significativo. Consecuentemente, se estima que la población económicamente activa que en el 2000 llegó a 12 millones 282 mil personas, en el 2010 alcanzará los 15 millones 176 mil y en el 2020 será 18 millones 75 mil personas.

La configuración de este escenario debe promover iniciativas para desarrollar estrategias relacionadas con la formación y utilización de capital humano y movilización de activos.

1.9 El Perú en el Mundo

En el año 2001 la población mundial alcanzó los 6 mil millones 137 mil habitantes. Mil millones 193 mil viven en los países más desarrollados de Europa, América del Norte, Australia, Canadá y Nueva Zelanda y 4 mil millones 944 mil en los países menos desarrollados de África, Asia y América Latina.

El 80,5% de la población mundial se concentran en los países menos desarrollados. Las tasas de crecimiento más altas se encuentran en los países más pobres, a pesar de las políticas explícitas para reducir el crecimiento de la población.

En el ámbito mundial, el rápido crecimiento de la población actual continuará por lo menos en los próximos 50 años. Estimaciones de Population Reference Bureau, estiman que el mundo crecerá en 3 mil millones más para alcanzar un total de 9 mil millones de habitantes en el año 2050.

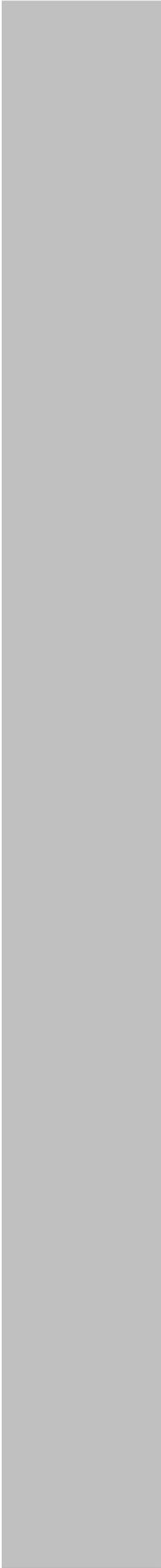
La población peruana con 26 millones 347 mil habitantes, representa el 0,4% de la población mundial y el 5,3% de la población de América Latina, ocupando el quinto lugar en magnitud de población después de Brasil (172 millones), México (100 millones), Colombia (43 millones) y Argentina (37 millones). En conjunto estos 5 países albergan cerca del 78% de la población de América Latina.

POBLACION DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE, 2001

PAISES	POBLACION (Millones de Hab.)	%
TOTAL	525	100,0
AMERICA LATINA	488	93,0
CENTRO AMERICA	138	26,3
AMERICA DEL SUR 1/	350	66,7
BRASIL	172	49,1
COLOMBIA	43	12,3
ARGENTINA	37	10,6
PERU	26	7,4
VENEZUELA	25	7,1
CHILE	15	4,3
ECUADOR	13	3,7
BOLIVIA	9	2,6
PARAGUAY	6	1,7
URUGUAY	3	0,9
CARIBE	37	7,0

1/ Incluye la población de Guyana, Guyana Francesa y Surinam

FUENTE: América Latina: Proyecciones de Población 1970-2050. CELADE



2. APROXIMACION AL ESTUDIO DE LA VULNERABILIDAD SOCIODEMOGRAFICA

2. APROXIMACIÓN AL ESTUDIO DE LA VULNERABILIDAD SOCIODEMOGRÁFICA

2.1 Vulnerabilidad social y sociodemográfica. Propuesta Conceptual

No existe una definición unívoca de vulnerabilidad, sin embargo en términos genéricos hay un relativo consenso en que es el resultado de la confluencia de exposición a riesgos, incapacidad de respuesta e inhabilidad para adaptarse. En esta línea, la vulnerabilidad es una condición de los actores frente a eventos adversos de distinta naturaleza (ambientales, económicos, fisiológicos, psicológicos, legales, sociales) y es un enfoque para el examen de distintos tipos de riesgos y las respuestas u opciones de asistencia que existen ante su materialización.

- a) El enfoque clásico de los “grupos vulnerables”, que a grandes rasgos corresponde a segmentos que se distinguen por ser o estar, producto de circunstancias sociales o características básicas compartidas (como la edad), más propensos a experimentar eventos dañinos como enfermedades, desempleo, violencia o discriminación.
- (b) La perspectiva que se concentra en el impacto sobre los niveles de vida de los hogares de *shocks* externos, por ejemplo crisis económicas y desastres ambientales.
- (c) El enfoque, emergente en los países desarrollados, que asocia vulnerabilidad con la incertidumbre, la inseguridad y los quiebres que se derivan del cambio vertiginoso y la creciente complejidad de la vida social inherentes a la modernidad avanzada.
- (d) El enfoque que vincula la vulnerabilidad con la desprotección, en particular para las denominadas clases medias, y compromete al Estado y la familia como instancias de apoyo social.
- (e) La propuesta que da un contenido específico a la vulnerabilidad social, y la que define como carencia,

desactualización o inmovilidad de activos; estos últimos corresponden, de manera gruesa, a las distintas formas de capital (físico, humano, social), al trabajo, al patrimonio y a la capacidad de influencia sobre quienes adoptan decisiones y distribuyen recursos (por organización, representación, vínculos, etc.).

- (f) Finalmente, se encuentra el enfoque que, tomando prestadas algunas ideas previas, operacionaliza la vulnerabilidad social como la exposición al principal riesgo social, que es caer en la pobreza, lo que sería mucho más frecuente en la actualidad por la creciente volatilidad de los ingresos y los signos de intensificación de los índices de rotación en torno a la línea de la pobreza.

Uno de los principales estímulos para el desarrollo de los enfoques de vulnerabilidad social ha sido el interés por capturar el dinamismo de las condiciones de pobreza. En estos casos hay una relación estrecha entre vulnerabilidad social y pobreza, pero se trata de categorías y situaciones materiales distintas. Por cierto, cuando la vulnerabilidad social se identifica con la cercanía a la línea de la pobreza, y por ende a una alta probabilidad de caer a la pobreza en algún momento, la vinculación es obvia. Pero para algunos autores, el nexo se encuentra, más bien, en que la noción de vulnerabilidad permitiría trabajar directamente con los factores que determinan una baja renta persistente, es decir que determinan una condición de pobreza por ingresos debajo de un determinado límite.

Para otros autores, la noción de vulnerabilidad permite examinar con mayor detenimiento los recursos con que cuentan los pobres y el uso que les dan. Sobre esta base se identifican líneas de política para promover un rol más activo de los pobres en la superación de su precaria situación. Ahora bien, la enumeración y descripción de los enfoques conceptuales que hemos señalado sugiere claramente que la popularidad de la noción de vulnerabilidad en la actualidad también se relaciona con preocupa-



ciones más bien distantes de la pobreza, en particular el destino de los sectores medios tradicionales o la emergencia de nuevos riesgos producto del avance de la modernidad. Finalmente, también es claro que la vulnerabilidad, en su acepción más amplia, puede ser usada, como enfoque para examinar virtualmente cualquier riesgo social o de otra naturaleza.

Precisamente en este capítulo se aborda este enfoque con relación a la dinámica sociodemográfica. Los riesgos sociodemográficos son eventos, procesos o características demográficas que, en un determinado contexto histórico (el Perú contemporáneo) limitan el ejercicio de derechos o el bienestar, ya sea porque afectan el patrimonio y los recursos de las comunidades y los hogares o porque afectan los procesos de acumulación de activos o de desarrollo del proyecto personal de los individuos.

La capacidad de respuesta y las habilidades adaptativas frente a estos riesgos corresponden en primer lugar, a los actores directamente involucrados, quienes cuentan con activos y elaboran estrategias (aunque no todas forzosamente eficientes o apropiadas) para enfrentar las adversidades que derivan de la materialización del riesgo. En segundo lugar, a las instituciones, como el Estado, las organizaciones no gubernamentales y el mercado. El Estado, en particular, ofrece incentivos, proporciona subsidios y transferencias, habilita infraestructura y equipamiento, entrega servicios básicos y diseño, supervisa y/o mantiene sistemas de seguridad y protección social. A través de estas acciones, y de las políticas que las ordenan, el Estado actúa para responder o adaptarse a los riesgos sociodemográficos.

Una de las principales características de la vulnerabilidad demográfica, es que, el escenario de riesgos sociodemográficos es moldeado por procesos demográficos de larga duración, que a grandes rasgos corresponden a:

- (i) la transición demográfica y epidemiológica,
- (ii) la transición urbana, y
- (iii) la segunda transición demográfica.

Por ello, los escenarios de riesgos sociodemográficos pueden definirse según el grado de avance de estos procesos; más aun, por su condición de "larga duración" es posible anticipar escenarios de riesgos sociodemográficos, un atributo muy relevante para efectos de política y que este capítulo procura poner de relieve. Ahora bien, habida cuenta de que este capítulo es el primer avance de un trabajo de mayor envergadura que deberá estar terminado a fines del 2002, a continuación el escenario de riesgos sociodemográficos se trazará sólo en relación con el proceso de transición demográfica.

En este sentido, se indagará los riesgos predominantes en situaciones de rezago transicional -en particular, la alta fecundidad y mortalidad y sus diferentes adversidades-, los riesgos que se desatan con el avance de la transición demográfica -en particular el envejecimiento en sus facetas individual, doméstico y poblacional- y los riesgos que en teoría debieran atenuarse con el avance de la transición, pero que la práctica sugiere que tienen mayor autonomía de la prevista -en particular, la fecundidad adolescente y la fecundidad no deseada- y se examinarán las respuestas y las adaptaciones que los actores y las instituciones activan ante su materialización.

Este análisis aportará una distinción esencial, que se presenta en el diagrama 1, entre prevención, respuesta y adaptación, que tiene un componente sustantivo y otro aplicado (de política). En estricto rigor, la prevención es una modalidad de respuesta, como también lo es la adaptación. Pero hay una diferencia crucial entre las tres, y que se originan en la temporalidad del riesgo. La prevención actúa antes de que se materialice, la respuesta una vez que se concretó (y procura impedir el daño o, al menos, su extensión) y la adaptación ocurre como cambio estructural ante la materialización reiterada del riesgo o la convicción o evidencia sobre su inevitabilidad. Las políticas públicas y las conductas de los actores cubren las tres opciones antes mencionadas; incluso más, hay políticas que fortalecen simultáneamente la capacidad de prevención, respuesta y adaptación de los actores (políticas habilitadoras como la educación, por ejemplo). Sin embargo, cuando se trata

de conductas o políticas de respuesta el foco está puesto en la acción anticipatoria (típicamente seguros) o la reacción frente a la materialización del riesgo.

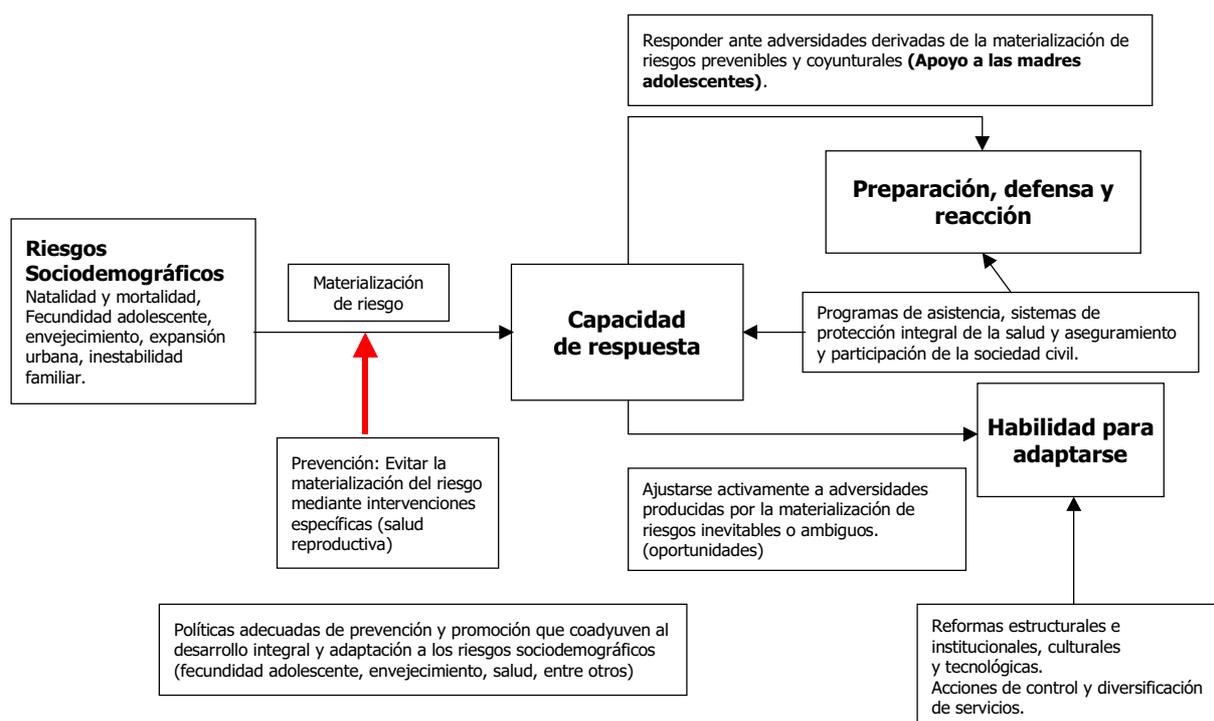
En suma, la vulnerabilidad sociodemográfica, es un síndrome en el que se conjugan eventos sociodemográficos potencialmente adversos, incapacidad para responder a la materialización del riesgo e inhabilidad para adaptarse activamente al nuevo cuadro generado por dicha materialización. Para que exista vulnerabilidad sociodemográfica deben presentarse estos tres factores, sin embargo, bastan los dos primeros para que se presente una situación dañina a corto plazo. Frente a ella los actores desarrollan conductas y estrategias y movilizan activos y, las instituciones promueven programas, políticas y proyectos específicos tendientes a prevenir riesgos o responder ante su materialización.

Tal como se entiende la vulnerabilidad sociodemográfica en este documento, la prioridad no es, aún, la identificación de grupos vulnerables o de mediciones sintéticas de su intensidad; la prioridad es relevar el cambiante escenario de

riesgos sociodemográficos que enfrenta el Perú, sus comunidades, hogares y habitantes, y las formas cómo se enfrentan o debe enfrentarse, en la actualidad y en el futuro, tal escenario.

En cualquier caso, la identificación de grupos vulnerables por factores sociodemográficos se deduce de manera bastante directa del análisis: pobres que también están rezagados en materia transicional; adolescentes madres o embarazadas, en particular las de menor edad y las solteras con una unión frágil; parejas, y en particular mujeres que no logran ejercer el control de su trayectoria reproductiva; adultos mayores y comunidades envejecidas sin fuentes de ingresos o sistema de protección sustentables. En lo que se refiere a la medición, una medida sintética parece inadecuada por la variedad, complejidad y hasta cierto punto autonomía de los riesgos sociodemográficos examinados; no obstante, cada riesgo es evaluado con ayuda de varios indicadores, la mayor parte de ellos ampliamente validados en el análisis demográfico. El documento final procurará sugerir modalidades de medición referidas a riesgos específicos.

Diagrama 1
Perú Vulnerabilidad Sociodemográfica



2.2 Transición demográfica: proceso, teoría y tendencias nacionales y subnacionales en el Perú

La transición demográfica es el paso desde altos niveles de natalidad y de mortalidad a niveles bajos de ambas variables. Hay un modelo clásico de la transición que es eminentemente inductivo y esencialmente evolucionista. Inductivo porque deriva de una experiencia histórica real (la de Europa Occidental) que se reproduce -con matices pero con una regularidad sobresaliente en el ámbito de las conductas colectivas e individuales-, en otras regiones del mundo. Evolucionista, porque supone una serie de fases, más o menos bien definidas, por las cuales las comunidades humanas debieran pasar, con algunas distinciones y especificidades históricas y socioculturales. Este modelo ha sido usado con objetivos de prognosis, demostrando una enorme capacidad para anticipar los trazos gruesos de la dinámica demográfica a largo plazo.

Ahora bien, adicional a este modelo, hay una teoría de la transición demográfica que procura explicar los fundamentos de este modelo y describir las causas de las variaciones que en torno a éste manifiestan los procesos reales de transición demográfica. En tal sentido, la teoría de la transición demográfica trata de formular una explicación generalizada del cambio poblacional a través del tiempo, recurriendo a procesos sociales complejos y que también son de larga duración. De manera agrupada y generalizada estos procesos reciben el apelativo de modernización.

La teoría clásica de la transición demográfica postula que el descenso sostenido de la mortalidad y de la fecundidad obedece a cambios sociales estructurales que erosionan las bases de sustentación material y sociocultural de la situación demográfica tradicional o pretransicional. Esta última está dada por una alta mortalidad originada por precarias condiciones de vida y una alta fecundidad que es, simultáneamente, (i) una respuesta a la alta

mortalidad (es necesario tener cinco hijos/as para que dos o tres lleguen a adultos); (ii) una decisión racional, pues una prole numerosa implica dividendos económicos a corto plazo (trabajo infantil) y a largo plazo (seguro para la vejez) y estatus político (por el mero peso demográfico y la extensión de las redes familiares); (iii) una condición sociocultural basada en el papel doméstico y reproductivo imputado a las mujeres; (iv) un resultado ideológico, por la definición religiosa del ámbito reproductivo como no pasible de intervención humana; (v) una restricción tecnológica, por la ausencia de métodos eficaces para controlar la fecundidad si se deseaba hacerlo.

La modernización socava todos estos cimientos, pues implica, debido a los avances tecnológicos y materiales, el descenso de la mortalidad, reduce el valor económico de los hijos y transfiere la responsabilidad del mantenimiento durante la vejez al Estado o a los mismos individuos, modifica la posición secundaria de la mujer, seculariza las decisiones reproductivas y expande el abanico de medios anticonceptivos eficaces.

La transición demográfica en el Perú

Nuestro País se encuentra en plena transición demográfica. La tasa bruta de natalidad (TBN) y la tasa bruta de mortalidad (TBM) desde 1950 a la fecha han descendido considerablemente. La tasa bruta de natalidad tiende a descender en forma rápida en relación a la tasa bruta de mortalidad que muestra una tendencia a decaer lentamente, por lo que la brecha⁴ entre ambas se va acortando. La tasa de crecimiento natural a partir del año 2000 desciende en forma rápida, y según las estimaciones y proyecciones de población vigentes sería cercana a cero a mediados de siglo (Gráfico A). La transición demográfica es diferenciada entre zonas urbanas y rurales, encontrándose estas últimas mucho más rezagadas en este proceso, aun cuando no se han mantenido al margen de aquel (Gráficos B y C), como lo sugiere el descenso de la natalidad rural en los últimos 15 años.

⁴ Que corresponde a la tasa de crecimiento natural de la población.



Gráfico A

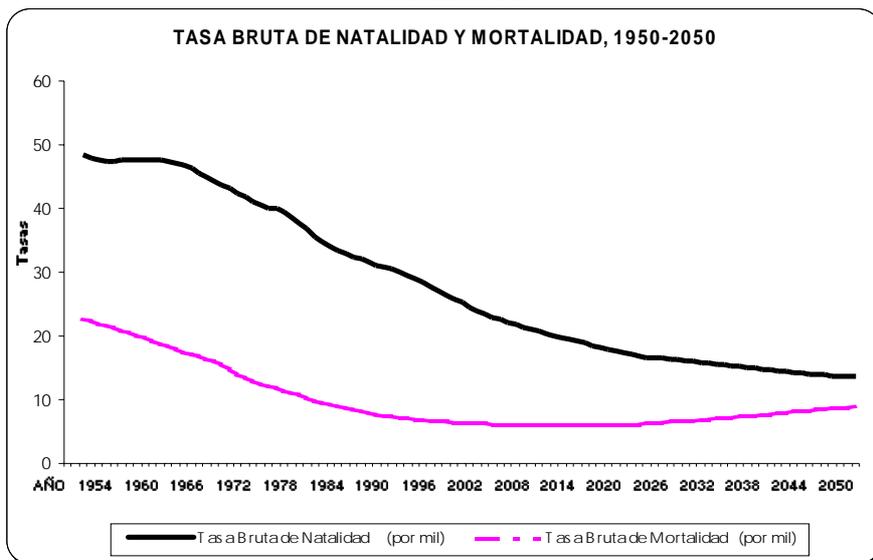


Gráfico B

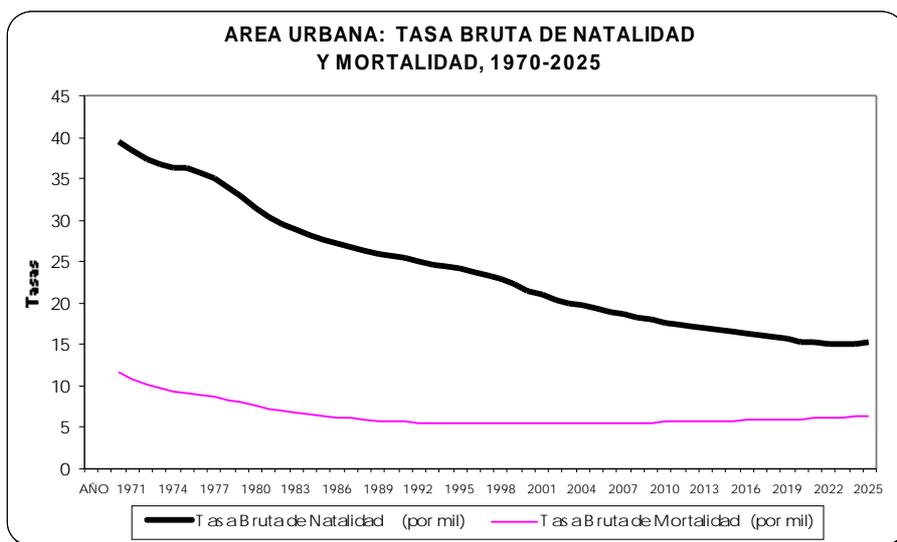
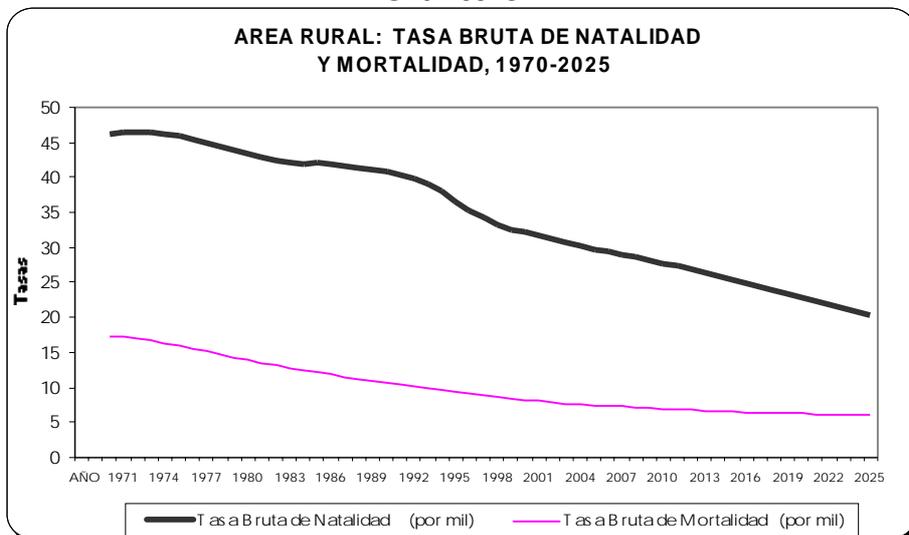


Gráfico C



Fases de la transición demográfica, 2002

Considerando los criterios usados por CELADE, el Perú se encuentra en plena transición demográfica, presentando natalidad y mortalidad moderadas en el contexto Latinoamericano y Caribeño. En esta tipología se ha usado como

criterios de clasificación las tasas brutas de natalidad y mortalidad de los países de la región, las que a su vez determinan el crecimiento natural de la población y su estructura por edades. En el siguiente cuadro se presenta algunos indicadores demográficos de países de América Latina.

AMERICA LATINA: INDICADORES DEMOGRAFICOS DE LA TRANSICION DEMOGRAFICA, 2000 - 2005

Indicadores Demográficos	PERU a/	Uruguay b/	Mexico b/	Guatemala b/	Bolivia b/	América Latina b/
Población (en miles)	27947	3365	106147	13971	9275	546345
Tasa de Crecimiento total (por mil)	14.4	5.0	14.0	27.0	22.0	16.0
Tasa Global de Fecundidad	2.7	2.2	2.5	4.4	3.9	2.6
Esperanza de Vida al Nacer	70.5	73.2	73.4	69.1	63.6	71.1
Tasa de Mortalidad Infantil (por mil)	30.7	15.5	28.2	34.1	55.6	37.1
Porcentaje de Población(%)						
Menor de 15	32.2	23.5	30.8	41.3	38.2	30.0
15 - 59	60.1	59.7	61.5	53.1	55.4	61.3
60 y más	7.7	16.8	7.7	5.6	6.4	8.7
Relación de dependencia de la población	66.4	67.5	62.6	88.3	80.5	63.1

a/ INEI - Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2050

b/ CELADE - La Transición Demográfica en América Latina

Ahora bien, la transición demográfica a escala nacional no es más que el promedio de diferentes valores de TBN y TBM de los diferentes departamentos del país. Aquellos presentan cifras con valores muy dispares, indicando que no hay una sino varias transiciones demográficas en curso, que están ligadas a las inequidades existentes en el desarrollo económico y social de cada uno de los departamentos.

gráfica que atraviesa cada uno de los departamentos al año 2002, se ha seguido el procedimiento usado por CELADE para clasificar a los países en fases de la transición. Para tal efecto se han establecidos terciles de las TBN y TBM, y con estos criterios se ha construido una tabla de doble entrada (TBN alta, media y baja; TBM alta, media y baja) y luego se han clasificado todos los departamentos en esta tabla, como se aprecia en el Diagrama A.

Para identificar las fases de transición demo-

		TASA BRUTA DE MORTALIDAD (TBM)		
		ALTA (11.3 - 6.9)	MEDIA (6.8 - 5.8)	BAJA (5.7 - 4.1)
TASA BRUTA DE NATALIDAD (TBN)	ALTA (23.47-26.99)	Huancavelica (22.2)	Loreto (25.4)	
		Puno (17.1)	Amazonas (23.4)	
		Apurímac (18.5)	Cajamarca (21.8)	
		Huánuco (23.2)	Ucayali (23.6)	
	MEDIA (26.88-23.72)	Cusco (17.0)	Junín (17.8)	San Martín (21.5)
		Ayacucho (16.8)	Pasco (18.7)	Madre de Dios (19.6)
		Ancash (16.7)		
		Piura (18.2)		
	BAJA (23.64-16.75)		Arequipa (14.8)	Lima (14.1)
			Lambayeque (17.3)	Callao (14.3)
				La Libertad (17.9)
				Moquegua (11.3)
		Ica (15.7)		
		Tumbes (18.0)		
		Tacna (15.3)		

() Tasa de Crecimiento Natural

Los departamentos según las fases de transición demográfica quedaron clasificados de la siguiente manera:

a) Transición demográfica incipiente. Se encuentran los departamentos con alta tasa de natalidad y mortalidad, coincidentemente son los departamentos de mayor pobreza en el país. En esta situación se encuentran los departamentos de Huancavelica, Apurímac, Huánuco y Puno.

b) Transición moderada. En esta fase se han clasificado a los departamentos con una tasa de natalidad y mortalidad media. Hay cuatro departamentos (Loreto, Amazonas, Cajamarca y Ucayali) cuya mortalidad ya puede calificarse de moderada, pero su natalidad sigue siendo alta, lo que se ajusta a una condición de avance de la transición en el modelo clásico, pues en éste la mortalidad cae antes que la natalidad; son

claramente los departamentos de mayor crecimiento natural. Por otra parte, hay otros cuatro departamentos (Cusco, Ayacucho, Ancash y Piura) en que la natalidad es moderada pero persiste una mortalidad alta.

c) En plena transición. Se han clasificado a los departamentos con natalidad moderada y mortalidad moderada o baja, lo que determina un crecimiento natural moderado. Los departamentos de este grupo son Junín, Pasco, San Martín y Madre de Dios.

d) Transición avanzada. En esta fase se encuentran los departamentos con natalidad baja, lo que se traduce en un crecimiento natural bajo. Los departamentos que se encuentran en este estadio son Lima, La Libertad, Moquegua, Ica, Tumbes, Tacna, Arequipa y Lambayeque.

FASES DE LA TRANSICION DEMOGRAFICA, 2002

DEPARTAMENTOS	TASA BRUTA DE NATALIDAD	TASA BRUTA DE MORTALIDAD	FASES DE LA TRANSICION DEMOGRAFICA
PERU	23,46	6,2	Plena transición 1/
Urbano	20,34	5,5	avanzada
Rural	31,0	7,9	incipiente
Amazonas	29,94	6,6	moderada
Ancash	23,72	7,0	moderada
Apurímac	27,26	8,8	incipiente
Arequipa	20,63	5,9	avanzada
Ayacucho	26,02	9,2	moderada
Cajamarca	28,22	6,5	moderada
Callao	18,37	4,1	avanzada
Cusco	26,58	9,6	moderada
Huancavelica	33,47	11,3	incipiente
Huánuco	30,22	7,0	incipiente
Ica	20,99	5,3	avanzada
Junín	24,66	6,8	plena transicion
La libertad	23,64	5,7	avanzada
Lambayeque	23,10	5,8	avanzada
Lima	18,56	4,5	avanzada
Loreto	32,10	6,7	moderada
Madre de Dios	24,12	4,6	plena transicion
Moquegua	16,75	5,5	avanzada
Pasco	24,76	6,1	plena transicion
Piura	25,04	6,9	moderada
Puno	26,98	9,9	incipiente
San Martín	26,88	5,4	plena transicion
Tacna	19,61	4,4	avanzada
Tumbes	23,05	5,0	avanzada
Ucayali	29,74	6,1	moderada

1/ Elaborado por el CELADE de acuerdo a las TBN y TBM de los países de la región

En suma, la transición demográfica está en pleno curso en el país pero de manera diferenciada en su interior. Esto significa, además de las dispares condiciones de mortalidad y natalidad, ritmos de crecimiento natural y estructuras demográficas también diferentes, aún cuando cabe subrayar que los contrastes en estos últimos aspectos pueden ser agudizados o atenuados por los flujos de migración interna. Desde una perspectiva de vulnerabilidad, esta peculiar geografía de la transición conduce a escenarios de riesgos sociodemográficos que, en principio, debieran ser bastante distintos entre departamentos con las implicancias prácticas y de política que aquello supone.

2.3 La transición demográfica: ¿el fin de la vulnerabilidad sociodemográfica?

El rezago de la transición demográfica configura un escenario de riesgos conocidos, nítidos y relevantes. La alta mortalidad es un riesgo en sí y, además, se asocia a condiciones adversas de salud, las que, por diversos mecanismos, limitan el desempeño e implican costos (directos y de oportunidad) de diversa índole a las comunidades, los hogares y las personas. Si bien la alta fecundidad, el acelerado crecimiento y la estructura juvenil no son riesgos en sí -salvo situaciones específicas de paridez peligrosa para la salud (por ser muy temprana, tardía o elevada) o de crecimiento explosivo o una enorme proporción de infantes sin bases materiales de sustento- numerosas investigaciones, antecedentes empíricos y situaciones prácticas, sugieren que en las sociedades contemporáneas tales rasgos demográficos tienden a generar adversidades, sea porque implican la dilución de los recursos de que disponen las comunidades y los hogares o porque entran en colisión con los proyectos personales, sobre todo de las mujeres.

Tan importante como las anteriores conclusiones es que la experiencia muestra que este rezago tiende a ser removido por fuerzas estructurales asociadas a la condición moderna y que algunas

políticas públicas directas e indirectas promueven el avance de esta transición. Ahora bien, el supuesto de equilibrio del modelo clásico de transición demográfica ha conducido a una imagen de virtual extinción de los riesgos demográficos. Sin considerar los sesgos inherentes a tal planteamiento -que desconoce otros procesos demográficos de larga duración que generan riesgos demográficos así como la fragilidad del supuesto de equilibrio postransicional-, aquel puede ser cuestionado porque omite la posibilidad de dinámicas demográficas dispares detrás de las medias nacionales de mortalidad y de fecundidad y porque olvida que el avance de la transición demográfica activa nuevos riesgos, como el envejecimiento, respecto del cual las capacidades de respuesta y de adaptación existentes en el Perú son débiles.

En la misma línea, la experiencia ha demostrado que algunos riesgos que se suponía se moderaban o desaparecían con la transición han tenido un comportamiento más errático que el previsto, como ocurre con la fecundidad adolescente y la fecundidad no deseada. Con todo, el descenso de la mortalidad y de la fecundidad, que es la esencia de la transición demográfica, puede ser considerado como un proceso esencialmente reductor de riesgos sociodemográficos, tal como se ilustra a continuación.

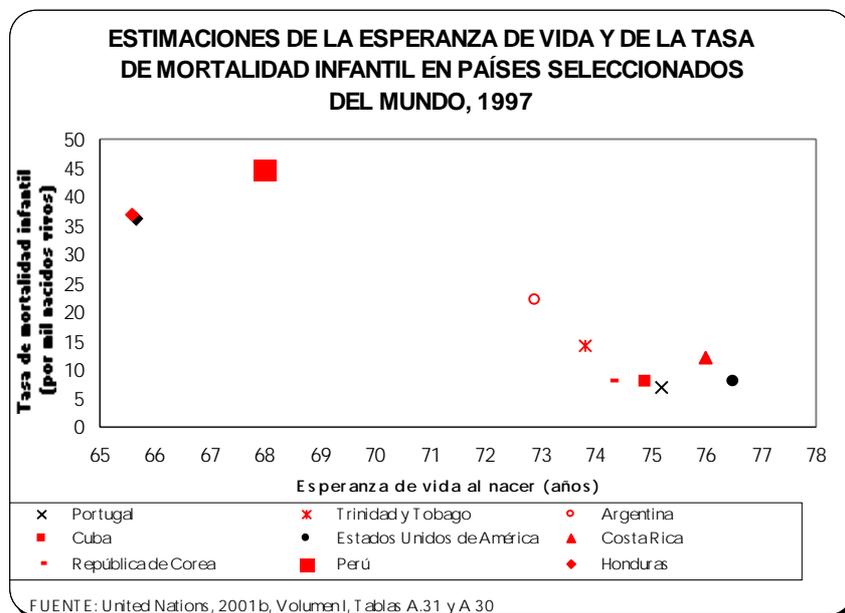
El rezago transicional y la alta mortalidad

La mortalidad ha estado disminuyendo desde hace varias décadas en el Perú, tal como se mostró en el acápite 1.2 y que *se refleja sin distorsiones extrínsecas en el aumento de la esperanza de vida (de 44 años en 1950 a casi 70 años en la actualidad) y en el descenso de la mortalidad infantil y durante la infancia*: en los últimos 20 años, la mortalidad infantil (la que sucede antes de cumplir un año de vida) bajó un 56% (75 por mil a 33 por mil) y la mortalidad durante la infancia (la que ocurre antes de los 5 años exactos) también se redujo significativamente (un 58%), llegando a 46 por mil en la actualidad⁵.

⁵ Estimaciones de las Encuestas de Demografía y Salud (ENDES) para los cinco años previos a la fecha de levantamiento de la encuesta (1986, 1992, 1996 y 2000).

Ahora bien, no cabe complacencia ante estas cifras, pues la mortalidad infantil en Perú sigue siendo alta en comparaciones internacionales. Como lo ilustra el gráfico, las estimaciones vigentes indican que la mortalidad infantil en el

Perú es mayor que la que registra Honduras⁶, y todavía tiene una brecha enorme, pero factible de reducir, con los países latinoamericanos de menor mortalidad infantil.



Cabe destacar que la evidencia disponible sugiere que si bien las brechas de mortalidad según condición socioeconómica y localización territorial siguen siendo enormes -desigualdades doblemente dramáticas porque indican que la precariedad sanitaria es mucho mayor entre quienes tienen menos activos para enfrentar individualmente sus secuelas-, no hay duda de

que el descenso de la mortalidad ha beneficiado a todos los grupos y áreas del país. Más aún, tal como muestran los gráficos, el descenso de la mortalidad infantil ha sido más intenso entre los grupos más desventajados.⁷

EVOLUCION DE LA MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE, 1986-2000

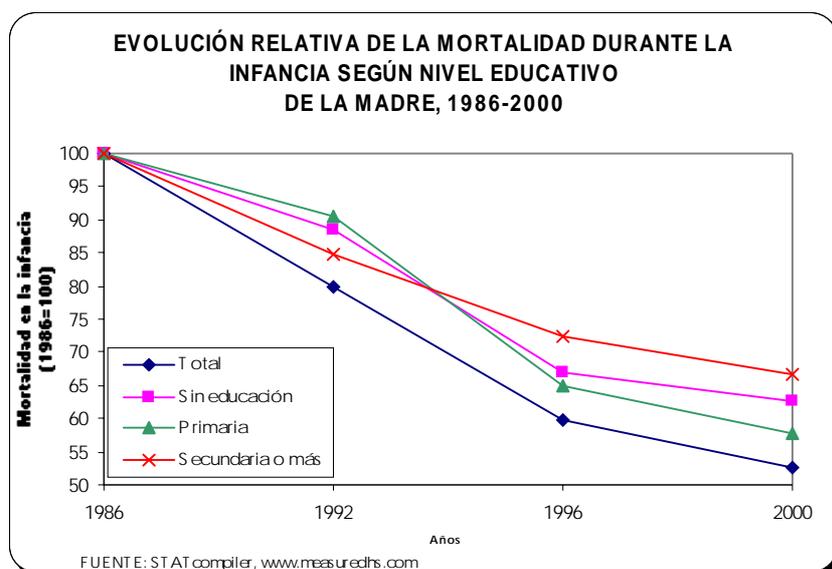
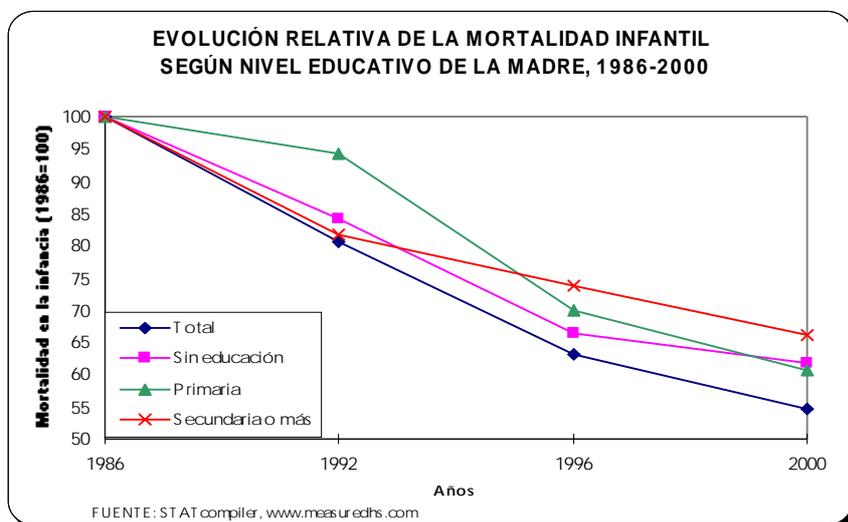
AÑOS	TOTAL	SIN EDUCACION	PRIMARIA	SECUNDARIA O MAS
1986	79,1	119	88	42
1992	63,7	100	83	34
1996	49,9	79	62	31
2000	43,2	73	54	27

⁶ Cabe subrayar que el gráfico está preparado sobre estimaciones oficiales de Naciones Unidas para el período 1995-2000 (ver fuente). Estimaciones basadas en encuestas recientes indican que la mortalidad de ambos países se sitúa en torno al 34 por mil (gráfico 1 e informe preliminar de la ENESF-2001 de Honduras). Lo que ocurrió es que mientras en Perú la mortalidad infantil bajó de manera importante entre las encuestas de 1996 y 2000, en Honduras el descenso fue marginal entre las encuestas de 1996 y 2001.

⁷ Lo que está influenciado por la mayor frecuencia de morbimortalidad fácilmente prevenible en estos grupos.

**EVOLUCION DE LA MORTALIDAD EN LA INFANCIA
SEGÚN NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE, 1986-2000**

AÑOS	TOTAL	SIN EDUCACION	PRIMARIA	SECUNDARIA O MAS
1986	115	169	133	53
1992	92	150	120	45
1996	68	114	86	38
2000	60	106	76	35



El descenso de la mortalidad debe considerarse signo inequívoco de creciente respeto de un derecho esencial: el derecho a la vida. Desde la óptica de los jóvenes y adultos significa, además, ensanchar los períodos potenciales para el alistamiento previo a la inserción socioeconómica (acumulación de activos, patrimonio, capital humano y social), así como para la generación de ingresos mediante una actividad remunerada en el mercado.

Para los niños sugiere, también, una vida futura menos marcada por limitaciones fisiológicas adquiridas durante la infancia. Para las parejas, el descenso de la mortalidad infantil erosiona una de las bases materiales de la alta fecundidad, lo que fortalece el componente electivo en las decisiones sobre fecundidad y con ello el cumplimiento del derecho reproductivo básico. Para los hogares se reduce la probabilidad de ocurrencia de un evento cuyas consecuencias adversas son indiscutibles, aunque no siempre cuantificables. Además, en línea con lo planteado anteriormente, sugiere un contexto de salud doméstica menos precario y por ende una atenuación de los costos monetarios, de oportunidad (tiempo) e indirectos (tensión, angustia, limitación para adoptar decisiones) que enfrentan los padres producto de las enfermedades de sus hijos.

Finalmente para las comunidades, una menor mortalidad infantil insinúa un perfil de morbilidad pediátrica menos recargado, lo que abre opciones de reasignación de los recursos, siempre escasos en el ámbito de salud. Por cierto, varios de estos dividendos requieren mayor indagación y especificación empírica⁸

A causa del carácter intrínsecamente adverso del riesgo en concreto y de la evidencia que sugiere que puede ser reducido hasta una mínima expresión si se aplican, aun bajo condiciones de desarrollo económico y social que distan de ser óptimas, políticas e intervenciones adecuadas, es evidente que la capacidad de respuesta y de adaptación ante este riesgo ocupan un plano secundario en términos de políticas. Las intervenciones relevantes y las que cabría proponer son esencialmente preventivas, es decir que procuran evitar que el riesgo se materialice. Estas, como es sabido, atañen a la salud pública, a la educación, el saneamiento básico, el autocuidado y los ingresos. Aunque a escala social no cabe promover políticas adaptativas frente a la alta mortalidad, la práctica sí sugiere que hay mecanismos adaptativos que usan las comunidades y los hogares para enfrentarla. Varios de ellos, en todo caso, pueden ser contraproducentes o improcedentes en la actualidad. Un caso evidente es la alta fecundidad como respuesta a la alta mortalidad infantil.

Por cierto, una subvaloración de la vida a todo nivel también puede ser un mecanismo adaptativo indeseable. En todo caso, como de cualquier manera la mortalidad evitable se produce y seguirá ocurriendo, sí caben políticas de respuesta adicionales a las intervenciones preventivas. Subsidios directos (duraderos cuando la mortalidad afecta a aportantes del hogar y coyunturales cuando no), asistencia psicológica para enfrentar el trauma, orfanatos, mecanismos de adopción y otros sistemas de calidad para asegurar la crianza en contextos de alta mortalidad adulta y también infantil (por ejemplo para incentivar adopciones en vez de hijos adicionales en el caso de fallecimiento de

⁸ Por ejemplo: ¿en qué medida el descenso de la mortalidad infantil se vincula a menos episodios de enfermedad de los niños y esto último a una liberación de tiempo y recursos para el hogar así como a un mejoramiento del bienestar psicológico en las familias? ¿hasta qué punto la menor mortalidad infantil permite una reasignación de recursos comunitarios (o del sistema de salud) y hacia dónde se dirigen dicho recursos? ¿Cuánto de la mayor expectativa de vida es aprovechado por los individuos para la acumulación de activos y generación de ingresos?. Se trata de preguntas que no son fáciles de responder, algunas de las cuales requieren, para una indagación rigurosa, estudios de panel (encuestas repetidas) que no son frecuentes en Perú. Otras ameritan estudios cualitativos que constituyen investigaciones por sí mismas. Finalmente, algunas exigen análisis macrosectoriales o macrosociales. Con todo, está previsto avanzar en dichas indagaciones, con apoyo en las encuestas de demografía y de salud, en las etapas siguientes del estudio sobre vulnerabilidad sociodemográfica que estamos desarrollando.



niños). Por cierto, además de las políticas hay mecanismos socioculturales y comunitarios de respuesta que operan en la práctica como el padrino, las abuelas-madres o la adopción familiar.

Por lo tanto, la discusión de política pública y de análisis sociodemográfico en el Perú debiera concentrarse en la componente evitable del riesgo, es decir la mortalidad alta y la prevenible.

El rezago transicional y la alta fecundidad

El descenso de la fecundidad, no obstante sus fundamentos estructurales y sus facilitadores materiales, es una mutación que revela cambios profundos de las mentalidades, los valores y las creencias. Por eso, su materialización ha sido considerada la expresión por excelencia del avance de la transición demográfica y de hecho resulta condición sine qua non para que aquella no produzca una expansión vertiginosa de la población, un riesgo propio de las etapas iniciales de la transición.

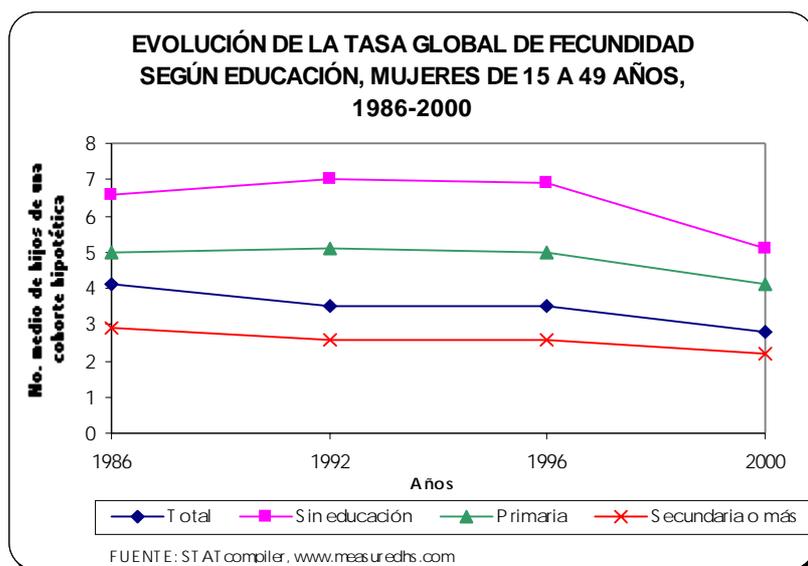
En esta línea, varias adversidades pueden imputarse a la fecundidad alta, en particular en una sociedad moderna. Nacimientos de orden elevado tienen mayores tasas de mortalidad infantil. Un número alto de hijos implica elevadas presiones financieras y de tiempo para los progenitores y suele reforzar el papel doméstico y subordinado de las mujeres. La inversión en capital humano, así como el desarrollo del proyecto personal son constreñidos por los requerimientos derivados de la crianza.

A escala comunitaria, una alta fecundidad significa una persistente presión sobre la base de recursos y sobre los servicios sociales. Pero tan o más importante que sus consecuencias objetivas -en general hipótesis que deben demostrarse (aunque hay bastante trabajo ya efectuado al respecto) ya que atañen a parámetros medios sin que quepa una aplicación lineal de tales adversidades a cada individuo

-es la distancia que hay entre deseos y realidad reproductiva, la que sugiere adversidades de reconocimiento universal- sobre todo después de la focalización en los derechos que efectuó la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo en 1994- derivadas de la alta fecundidad.

¿Qué está pasando en el Perú?. Hay una clara y persistente tendencia a reducir la fecundidad -entre 1986 y 2000 la TGF se redujo en más de un tercio, alcanzando los 2.8 hijos por mujer a fines del siglo XX-, la que se agudizó en los últimos 5 años, tal como se explicó en el acápite 1.2 del presente documento. Pudiera concluirse, entonces, que el riesgo representado por la alta fecundidad parece en vías de extinción. Esta última aseveración, sin embargo, es aventurada porque supone representatividad a las medias nacionales y porque la experiencia sugiere que la fecundidad deseada puede descender tan rápido (o más) que la fecundidad observada y, por ende, el riesgo de fecundidad no deseada puede persistir.

Las cifras disponibles indican que, efectivamente, los niveles de fecundidad difieren significativamente entre grupos socioeconómicos. Incluso más, hasta 1996 las brechas de la fecundidad total entre grupos educacionales se ensancharon, por lo cual la alta fecundidad seguía siendo un riesgo demográfico frecuente entre ciertos segmentos de la población. Dado que estos segmentos de la población eran, simultáneamente, los que se hallaban en una situación socioeconómica más rezagada (sin educación o sólo educación primaria), la confluencia de riesgo social y demográfico agravaba la situación. Sin embargo, en los últimos años del decenio de 1990 el panorama cambió, pues las brechas tendieron a estrecharse. Con todo, las mujeres con educación primaria o menos tienen más del doble de hijos que las mujeres con educación secundaria o más.



No obstante las agudas brechas socioeconómicas en materia de fecundidad que aún existen, hay signos claros de que el descenso sostenido de la fecundidad ya atraviesa a todos los segmentos socioeconómicos y, por ende, la tendencia a largo plazo es que la alta fecundidad, y sus adversidades, se atenúe de manera transversal en la estructura social del Perú. Esto último es crucial, pues en la situación actual una prole numerosa es mucho más frecuente entre los hogares y comunidades que tiene menos activos (patrimoniales, educativos, laborales e incluso ciudadanos) y, por tanto, menos capacidad de respuesta frente a las exigencias y adversidades que entraña la crianza; más aun la persistencia de niveles reproductivos altos en estos grupos incentiva estrategias adaptativas que tienden a ser rechazadas en las sociedades contemporáneas.

Es importante destacar que la naturaleza de este riesgo y la experiencia sobre su control conduce a una clara opción por políticas y programas preventivos; considerando sólo los explícitamente dirigidos a tal propósito (que después de la CIPD de 1994 son cada vez menos), aquellos basados en la educación, la potenciación de la mujer y el acceso a medios anticonceptivos han mostrado gran eficacia. Con todo, los actores (parejas, familias, comunidades) desarrollan modalidades de respuesta e incluso de adaptación a niveles reproductivos elevados.

Algunos de ellos -como el trabajo o el abandono infantil, el enclaustramiento doméstico de la mujer o las normas de preferencias para los primogénitos- son incongruentes en las sociedades contemporáneas. Otros -como la difusión de las responsabilidades de la crianza entre la familia o la comunidad inmediata- no son aceptados por la misma modernidad. Las respuestas institucionales ante la materialización de este riesgo tienen la limitación del "*moral hazard*" (su instrumentación no debe incentivar la alta fecundidad), ante lo cual se concentran en atención de salud especializada para la paridez de orden elevado, subsidios de maternidad (que por razones presupuestarias y de *moral hazard* suelen ser ínfimos) y sistemas para redistribuir socialmente las responsabilidades de la crianza, focalizados en casos extremos (sistemas de adopciones, por ejemplo).

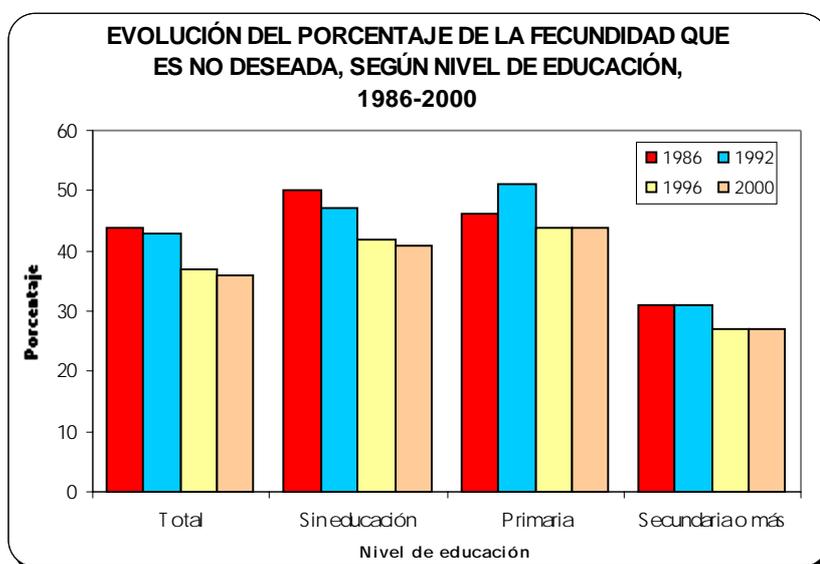
La transición demográfica y la fecundidad no deseada

La fecundidad no deseada, por su parte, es un riesgo en sí (implica trasgresión del derecho reproductivo básico) con consecuencias diversas y, en general, difíciles de valorar. El gráfico muestra que esta fecundidad pasó de 1.8 hijos en 1986 a 1 en el 2000, un descenso aún mayor que el de la fecundidad total. Esto último permitió que la proporción de la fecundidad total que es no deseada descendiera en dicho período de

44% a 36%. Aunque se trata de una tendencia alentadora, el hecho de que aún más de un tercio de la fecundidad previene respecto de la complacencia frente al descenso de la fecundidad observada. Tal complacencia se desvanece más aun cuando se advierte que la fecundidad no deseada sigue siendo mucho mayor entre los grupos socialmente desventajados.

Aquello supone que las mujeres y las parejas más postergadas en materia social son, simultáneamente, las que logran ejercer menor

control sobre un ámbito trascendental de sus vidas. Por cierto, no hay espacio para la adaptación frente a la fecundidad no deseada. Dado que se trata de la extralimitación de un derecho, sólo cabe prevenirla, lo que se logra otorgando a las parejas y a las mujeres los medios para regular su reproducción en función de sus deseos. En tal sentido los programas de planificación familiar, de empoderamiento femenino, de promoción educativa, reforzamiento de la autoestima y de las capacidades de negociación son instrumentos eficaces.



Hay escaso conocimiento sobre las respuestas que los propios actores desarrollan frente a la materialización de este riesgo, en gran medida porque sus adversidades específicas se relacionan con situaciones de su propia idiosincrasia (qué interferencias genera el embarazo no deseado en la vida educativa, profesional, comunitaria y hasta en el ánimo de las mujeres y las relaciones de pareja) para las cuales los activos económicos y educacionales son sólo una parte de los que pueden usarse. En términos institucionales hay pocas opciones de respuesta ante la materialización de la fecundidad no deseada, siendo las más frecuentes los sistemas de adopción o de asistencia sicosocial especializada.

En resumen, tal como se planteó en un principio, la baja de la fecundidad reduce el riesgo de proles numerosas, difíciles de criar para una familia promedio en el Perú contemporáneo, y crecientemente lo hace para todos los grupos socioeconómicos, aun cuando aquellos más desventajados aún registran niveles reproductivos que parecen exigentes⁹. En cualquier caso, es claro que la discrepancia entre fecundidad real y aspiraciones reproductivas no desaparece con el descenso de la fecundidad y, por tanto, sigue siendo un riesgo relevante en cualquier escenario transicional.

⁹ Aunque no todos los grupos sociales y parejas están inmersos en las mismas condiciones de modernidad, lo que influye en las adversidades promedio que se derivan de la alta fecundidad.

2.4 La fecundidad adolescente: un riesgo que persiste pero “mutado”

Distinciones básicas

La reproducción temprana es un riesgo particularmente relevante en América Latina y El Caribe, pues la fecundidad adolescente ha descendido mucho menos que la de las otras edades y en algunos países ha aumentado incluso; adicionalmente la procreación temprana choca crecientemente con los requerimientos y posibilidades educacionales, laborales y de adquisición de experiencia que hay en las sociedades contemporáneas. La fecundidad adolescente en el Perú responde, a grandes rasgos, a dos patrones. El primero de ellos puede denominarse tradicional y se presenta en contextos de rezago económico y social y también de transición demográfica; en este caso la fecundidad temprana es el primer paso de una trayectoria reproductiva intensa, que suelen iniciarse en el

marco de uniones estables. El otro patrón puede denominarse de “Modernidad sexual y reproductiva truncada”; se configura en contextos típicamente urbanos y se produce por iniciaciones sexuales tempranas, normalmente al margen de una unión estable, y sin protección anticonceptiva. En este caso, la procreación temprana no conduce a una alta paridez, pero sus adversidades se multiplican respecto del patrón tradicional.

El cuadro muestra los principales indicadores sobre fecundidad adolescentes de algunos países de América Latina. Se evidencia que elevadas tasas globales de fecundidad no se corresponden, forzosamente, con altos porcentajes de madres adolescentes y viceversa, corroborando que la fecundidad adolescente tiene un mayor margen de autonomía respecto de la fecundidad total que la de las otras edades.

AMERICA LATINA: PRINCIPALES INDICADORES DE FECUNDIDAD ADOLESCENTE

AMERICA LATINA	TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD	PORCENTAJE DE MADRES ADOLESCENTES	EDAD MEDIANA		
			A LA PRIMERA RELACION SEXUAL	A LA PRIMERA UNION	AL PRIMER NACIMIENTO
Perú 2000	2,8	13,0	19,0	21,4	21,9
Bolivia 1998	4,2	13,7	18,9	20,9	21,5
Brasil 1996	2,5	18,0	19,5	21,1	22,4
Colombia 2000	2,6	19,1	19,2	21,5	22,1
Republica Dominicana 1996	3,2	22,7	18,7	19,3	21,1
Guatemala 1998 / 99	5,0	21,6	18,3	19,3	20,3
Haiti 2000	4,7	18,0	18,2	20,5	21,9
Nicaragua 1997 / 98	3,6	27,0	18,2	18,3	19,7

La fecundidad adolescente, en sus dos patrones, aunque con matices entre ellos, entraña adversidades para los involucrados (progenitores, prole, hogares y comunidades). Hay abundante evidencia de que se asocia con peligros para la salud de la madre y del niño -como la desproporción céfalo-pélvica, toxemia, anemia y eclamcia, entre otros- producto de la inmadurez fisiológica.

Mientras más precoz es la reproducción, más marcados son estos peligros y aumentan las probabilidades de mortalidad o daño materno severo.

Los hijos de madres adolescentes, por su parte, exhiben mayores índices de prematuridad, bajo peso al nacer y otras complicaciones que se reflejan en sobremortalidad infantil y en la niñez. También hay indicios de una menor preparación psicológica de las adolescentes para la maternidad, lo que se refleja en los cuidados que prodigan para sí misma y su prole. A fines del decenio de 1990 casi un 20,0% de las adolescentes embarazadas no recibía atención prenatal (contra un 13,5% de las embarazadas de 20 a 34 años) y casi la mitad tuvo a su hijo fuera de una institución de salud.

Por otra parte, en la actualidad, la procreación temprana impulsa un ingreso prematuro a la vida adulta, corta el período de formación educacional, laboral y personal y fuerza a los progenitores a suspender su educación, y, eventualmente, a buscar un trabajo para dar sustento a su familia. El tema de la deserción escolar adquiere un especial interés por su relación con la formación de capital humano y la superación de la pobreza. Si bien la mayor parte de las mujeres de 15 a 24 años de edad que desertaron de la escuela manifestaron que lo hicieron por razones económicas no deja de ser importante el hecho de que el 7% de ellas manifiestan dejar el colegio por razones netamente reproductivas.

Las adversidades que trae la fecundidad adolescente tienen un marcado sesgo de género, de origen sociocultural. En primer lugar, si bien la edad mediana de la iniciación sexual es menor en los hombres, la edad mediana a la que

tienen el primer hijo es menor en las mujeres, lo que podría estar evidenciando una irresponsabilidad masculina en cuanto a embarazos adolescentes. Esto último ha adquirido creciente cuantía, lo que se refleja en un incremento de la proporción de madres sin pareja.

La información registrada en el censo de 1993 permite apreciar este hecho: una de cada cuatro madres adolescentes era soltera o separada, por lo que asumen las responsabilidades de la crianza "solas"; por otro lado un 56% de las adolescentes se encuentran en condición de convivencia, que tiende a ser más frágil sobre todo si han sido presionadas por la procreación. Al comparar con otros países de América Latina, como Chile que registra una transición demográfica avanzada, se advierte que la soltería de las madres adolescentes puede ser una tendencia creciente con la modernización, ya que en 1992 un 42% de las madres adolescentes en Chile era soltera.

AMERICA LATINA: MADRES ADOLESCENTES POR ESTADO CIVIL
(Mujeres entre 15 a 19 años con hijos)

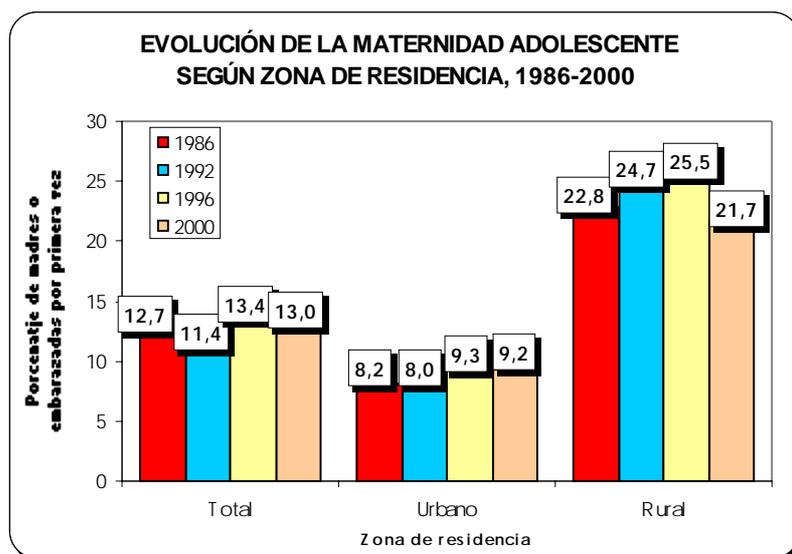
AMERICA LATINA	TOTAL	SOLTERA	CASADA	VIVE CON SU PAREJA	SEPARADA/DIVORCIADA	VIUDA
Brasil, 1991	100,0	16,5	41,7	35,3	6,2	0,3
Colombia, 1993	100,0	21,7	15,4	55,8	5,9	1,2
Chile, 1992	100,0	40,9	44,1	13,4	1,3	0,3
Ecuador, 1990	100,0	16,5	43,1	37,4	2,6	0,4
El Salvador, 1992	100,0	28,3	14,3	49,0	7,8	0,5
Guatemala, 1994	100,0	12,7	40,2	45,8	1,0	0,4
México, 2000	100,0	10,8	43,7	39,4	5,7	0,4
Nicaragua, 1995	100,0	7,7	17,8	56,9	17,2	0,4
Panamá, 2000	100,0	14,0	6,0	65,0	14,8	0,2
Paraguay, 1992	100,0	28,9	42,7	27,1	1,2	0,1
Perú, 1993	100,0	20,1	19,0	56,3	4,0	0,6
Uruguay, 1996	100,0	41,0	31,3	25,0	2,5	0,2
Venezuela, 1990	100,0	22,6	33,9	35,0	8,0	0,5

FUENTE: Censos de Población y Vivienda

Tendencias y diferenciales de la fecundidad adolescente

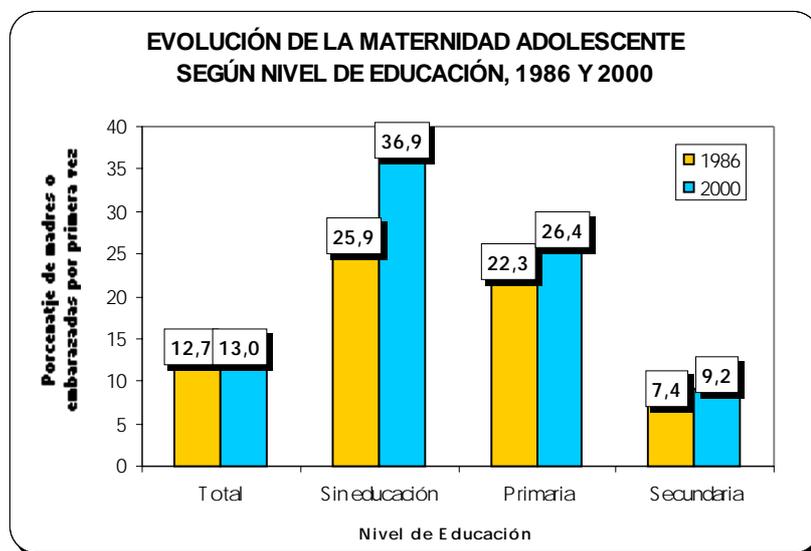
El porcentaje de madres adolescentes o embarazadas en el Perú se ha mantenido en los últimos años en torno al 13,0%. En el período 1986–2000 la tasa de fecundidad adolescente

disminuyó ligeramente en 2,4%. En el Perú conviven patrones marcadamente distintos de inicio de la maternidad debido a la heterogeneidad regional y a las inequidades socioeconómicas, tal como se aprecia en el gráfico.



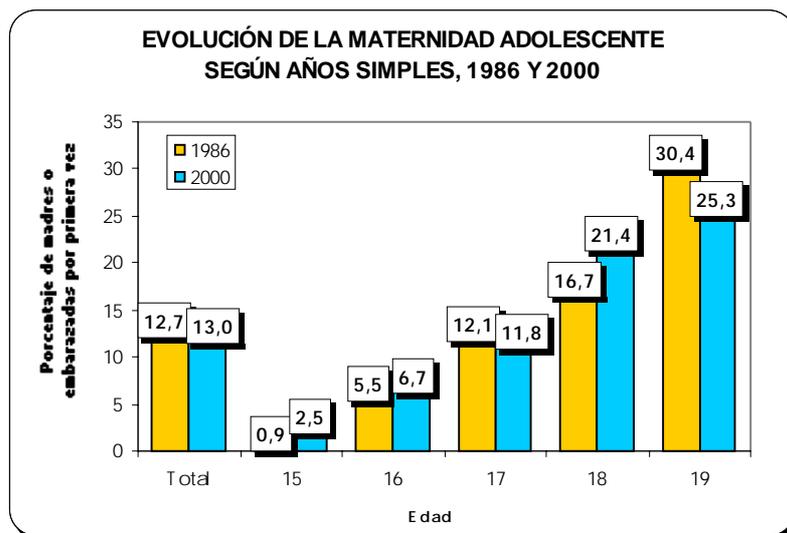
Los datos confirman que la incidencia de la fecundidad en la adolescencia es bastante diferente según el nivel de escolaridad alcanzado, pues los porcentajes de madres adolescentes sin ningún nivel de instrucción y con nivel primario son mucho más elevados y disminuyen significativamente cuando la adolescente alcanza un nivel de educación mayor (secunda-

ria o superior). El gráfico presenta, asimismo, interesantes resultados por cuanto se aprecian mayores porcentajes de incremento de la fecundidad adolescente en madres sin instrucción o con nivel primario que en aquellas con nivel secundario y superior.



La evolución de la maternidad adolescente según años simples presenta resultados importantes. Al comparar los porcentajes de madres adolescentes de 15 y 16 años frente a las madres adolescentes de 19 años de edad se aprecian disminuciones considerables de los índices de maternidad para esta última edad

mientras que para las primeras se aprecian incrementos, lo cual revelaría que bajo la estabilidad de la fecundidad adolescente hay tendencias contrapuestas marcadas por un incremento de la maternidad en las edades más precoces, precisamente las más contraproducentes para tener hijos.



Según regiones naturales, el comportamiento reproductivo de los y las adolescentes presenta un comportamiento claramente diferenciado. En un lado se encuentra la mayor parte de los departamentos de la costa (Lima, Arequipa, Ica, La Libertad, Moquegua, Tacna y Tumbes) con tasas específicas de fecundidad adolescente bajas que se corresponden con bajas tasas globales de fecundidad (TGF de entre 2,1 y 2,5 hijos por mujer y tasas de fecundidad adolescente que se encuentran entre los 40 a 56 nacimientos por cada mil adolescentes). Por otro lado están los departamentos representativos de la Selva (Amazonas, Madre de Dios, San Martín, Loreto y Ucayali) con tasas globales de fecundidad por sobre la media nacional pero no las más altas del país (3 a 4,3 hijos por mujer) y con las mayores tasas de fecundidad adolescente del país (entre 112 y 147 por mil). Finalmente se encuentran algunos de los departamentos de la Sierra (Huancavelica, Apurímac, Ayacucho, Huánuco, Cusco y Puno) cuyas tasas globales están entre las más elevadas del país pero que registran niveles de fecundidad adolescente menores que los de los departamentos de la selva.

Esta relativa autonomía territorial de la fecundidad adolescente, cuya base tiene componentes culturales sobre los que se pueden hacer indagaciones ulteriores, es otra expresión de su independencia y especificidad, la que ya es sugerida por el hecho de que sea la única que se resiste al descenso o que registra un bajo promedio muy inferior a la fecundidad de las otras edades. En tal sentido, un simple ejercicio estadístico muestra que la correlación entre la fe-

cundidad adolescente y la total de los departamentos del país es del orden de 0,7 mientras que es superior a 0,9 en las otras edades. Con estos resultados se ratifica que la reducción de la tasa global de fecundidad no asegura una baja concomitante, o al menos proporcional, de la fecundidad adolescente.

¿Cómo se responde a la fecundidad adolescente?

Como en los otros casos, desde un punto de vista de política, la respuesta frente a la fecundidad adolescente es la prevención. Entre las medidas relevantes están las relacionadas con el acceso a servicios de salud reproductiva: los programas de educación sexual y de comportamientos sexuales y reproductivos responsables, la expansión de la escolaridad (estrechamente asociado al retraso de la edad a la unión y a la postergación del inicio de la reproducción). Todo esto contribuiría a un menor número de abortos y de embarazos no deseados. La implementación de los programas deben tener en cuenta las especificidades de las vivencias de sexualidad y del embarazo entre los y las adolescentes y también el marco sociocultural y de oportunidades de vida para ellos. En particular, la distinción entre fecundidad adolescente tradicional y de modernidad truncada sugiere intervenciones netamente diferenciadas.

Como se desprende de los acápites previos la prevención de la fecundidad adolescente es más compleja que la de la fecundidad no deseada en otras edades, lo que significa que seguirá habiendo madres y padres adolescentes. Por lo

mismo, es necesario instrumentar acciones tendientes a responder cuando la fecundidad adolescente se produzca. En tal sentido, las repuestas de los actores y las institucionales son cruciales. La evidencia sugiere que el entorno familiar de los progenitores adolescentes es, típicamente, el principal soporte para enfrentar las adversidades de la fecundidad adolescente.

En efecto, adicionalmente a las políticas públicas, que de cualquier forma son fundamen-

tales para permitir que las muchachas no deserten o para promover un buen cuidado pre y posnatal, los hogares activan mecanismos de respuesta para enfrentarla. Y el más básico es el de la acogida, así como el de transferencia de recursos y apoyo en las responsabilidades de la crianza. El cuadro ratifica tal predicamento, pues según el censo de 1993, más del 50% de las madres adolescentes peruanas viven "allegadas" en un hogar principal, y la mayor parte de los casos el de sus padres o suegros.

AMERICA LATINA: MADRES ADOLESCENTES SEGÚN RELACION CON EL JEFE DEL HOGAR
(Mujeres de 15 a 19 años de edad con hijos)

AMERICA LATINA	TOTAL	JEFA	PAREJA DEL JEFE	HIJA	NUERA	OTRO PARENTESCO
Brasil, 1991	100,0	21,2	57,3	17,6	0,4	3,5
Colombia, 1993	100,0	4,2	40,2	34,1	9,8	11,7
Chile, 1992	100,0	3,5	31,3	45,5	9,5	10,2
Ecuador, 1990	100,0	6,5	49,5	25,9	9,7	8,4
El Salvador, 1992	100,0	4,1	38,4	17,5	4,0	36,0
Guatemala, 1994	100,0	2,8	47,7	21,0	21,7	6,8
México, 2000	100,0	2,9	46,2	25,4	19,7	5,8
Nicaragua, 1995	100,0	2,3	33,1	33,8	17,6	13,2
Panamá, 2000	100,0	3,6	34,4	36,3	13,3	12,4
Paraguay, 1992	100,0	4,9	50,1	28,7	6,2	10,1
Perú, 1993	100,0	6,1	40,0	30,2	13,7	10,1
Uruguay, 1996	100,0	5,1	32,4	44,5	8,5	9,6
Venezuela, 1990	100,0	3,1	38,7	33,9	12,3	11,9

FUENTE: Censos de Población y Vivienda

2.5 El envejecimiento en sus distintas facetas: un riesgo inevitable

El envejecimiento es un proceso de múltiples dimensiones que se produce en la sociedad¹⁰ como en las personas. El primer caso fue abordado ampliamente en la primera parte del documento. En el caso de las personas, el aumento de la edad es un proceso cronológico irreversible y en cuyo caso se desarrollan las diversas etapas del ciclo de vida. En las últimas etapas de este ciclo, cuando es frecuente que las personas abandonen sus responsabilidades directas en el mundo laboral, empiezan a depender cada vez más de su familia, la comunidad y la sociedad.

Aunque el envejecimiento de la población es un riesgo virtualmente inevitable, en teoría puede preverse mediante el manejo deliberado de sus factores demográficos determinantes (fecundi-

dad y migración). La inexistencia de precedentes exitosos de tal manejo hace que el enfrentamiento de las adversidades asociadas a este fenómeno dependa de la capacidad de respuesta y de la habilidad adaptativa que desarrollen las comunidades nacionales. Los países más desarrollados del mundo han iniciado tal esfuerzo pero para ello han contado con una enorme base de recursos, con un Estado poderoso y con condiciones de equidad social que han facilitado los cambios estructurales necesarios. Aunque Perú está lejos del nivel de envejecimiento de tales países, el aumento de la población adulta mayor y de su porcentaje es rápido e inevitable, y todo parece indicar que es mucho más acelerado que las reformas y acomodamientos institucionales imprescindibles para construir una sociedad para todas las edades.

El envejecimiento es un riesgo que adquiere contornos específicos para hogares y personas.

¹⁰ Referido al cambio en la composición por edades de la población y se manifiesta cuando se produce un aumento sostenido del número de personas de 60 y más años de edad.

En las unidades domésticas, el efecto de los factores determinantes básicos (la fecundidad y la mortalidad) se combina con el de la coresidencia familiar; en los individuos, la única variable relevante es la mortalidad. En ambos casos, las adversidades que impone el envejecimiento se vinculan a la pérdida de fuentes de recursos (como el trabajo, las redes familiares y los contactos sociales) y el deterioro físico y mental en etapas posteriores de la vida.

La evidencia sugiere que el envejecimiento de los hogares y de los individuos se está generalizando en la región; la proporción de hogares en que residen sólo personas mayores va en aumento y es claramente superior en los países más avanzados en la transición demográfica.

Aunque en estos países hay una sobrerrepresentación de hogares unipersonales de adultos mayores, la mayoría todavía forma parte de arreglos domésticos más amplios, lo que revela el persistente papel de la familia –no exento de dificultades– en lo que respecta a la inserción social y atención de los ancianos. Por otra parte, como la esperanza de vida a partir de la edad exacta de 60 años ha aumentado considerablemente en todos los países de la región, el envejecimiento no sólo se expresa en la extensión de la longevidad, sino también es un creciente número de personas adultas mayores.

Uno de los indicios de capacidad de respuesta frente al envejecimiento poblacional se halla en los arreglos familiares en que se desenvuelven los adultos mayores. En parte como consecuencia de una estructura poblacional

joven y debido al lento e insuficiente desarrollo de los sistemas de seguridad social, en nuestro país, como en la mayoría de los países de la región no se han establecido sistemas de protección institucional específicos para los adultos mayores en condiciones de dependencia ya sea económica o por motivos de salud, la asistencia económica y el cuidado de los adultos mayores han pasado a ser responsabilidad de los propios familiares, en la medida que el Estado y las organizaciones de la sociedad civil han asumido solo un papel secundario.

A fin de examinar los arreglos familiares en que residen los adultos mayores, se distinguieron diferentes tipos de hogares de acuerdo a las características o dimensiones. Por una parte, la presencia o ausencia en el hogar de adultos mayores a fin de comparar la situación de los que viven en relación de dependencia (hogares multigeneracionales) con la de aquellos que residen solos o en compañía de otros adultos mayores. Y por otra parte, la importancia relativa de los recursos aportados por los adultos mayores que viven en hogares multigeneracionales, con el propósito de calificar su grado de dependencia respecto de los demás miembros del hogar (hijos u otros parientes y no parientes).

La información nos muestra que uno de cada tres hogares peruanos cuenta entre sus miembros con al menos un adulto mayor. Asimismo es importante destacar que la gran mayoría (82%) de adultos mayores del país viven en hogares multigeneracionales.

HOGARES POR AREA DE RESIDENCIA SEGÚN TIPO DE HOGAR (%)

HOGARES	TOTAL	AREA DE RESIDENCIA	
		URBANA	RURAL
TOTAL HOGARES (Miles)	100,0 (5'447,3)	100,0 (3'716,2)	100,0 (1'731,1)
Con adultos mayores	30,8	29,9	32,6
Sin adultos mayores	69,2	70,1	67,4

FUENTE: INEI - ENAHO, 1999 - IV Trimestre

Además, aunque las jubilaciones y pensiones resultan por lo general insuficiente para sostener el grupo familiar, ellas pueden ser el único ingreso estable del hogar frente a la inestabilidad de las fuentes de trabajo, y además en muchos casos constituyen una fracción importante del

total de recursos familiares. Como promedio, en el 29% de hogares multigeneracionales los recursos aportados por los adultos mayores representan más de la mitad del ingreso familiar. En el área urbana corresponde al 20.4 y en el área rural al 45.7%.

**HOGARES CON ADULTOS MAYORES POR AREA DE RESIDENCIA
SEGÚN TIPO DE HOGAR
(%)**

TIPO DE HOGAR	TOTAL	AREA DE RESIDENCIA	
		URBANA	RURAL
TOTAL (Miles)	100,0 (1'677,8)	100,0 (1'112,8)	100,0 (565)
Solo adultos mayores (Miles)	100,0 (306,0)	100,0 (197,7)	100,0 (108,3)
Unipersonal	50,4	54,6	42,7
Pareja	47,9	42,7	57,3
Otros arreglos	1,7	2,7	-
Hogares multigeneracionales (Miles)	100,0 (1'371,8)	100,0 (915,1)	100,0 (456,7)
Aporte inferior al 25%	51,2	58,8	35,9
Aporte entre 25% y 50%	20,0	20,8	18,4
Aporte superior al 50%	28,9	20,4	45,7

FUENTE: INEI - ENAHO, 1999 - IV Trimestre

En suma, hay una evidente debilidad de las respuestas y los mecanismos adaptativos frente a las adversidades más elementales del envejecimiento (ausencia de fuente de ingresos, incapacidades domésticas) y por tanto los mis-

mo actores, en particular las familias, responden mediante la incorporación en su seno de los adultos mayores, aunque en la mayor parte el aporte económico de estos últimos es secundario.

Bibliografía

Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y El Caribe, José Miguel Guzmán, Ralph Hakkert, Juan Manuel Contreras, Martha Faconier de Moyano. Fondo de Población de las Naciones Unidas, México, D.F. Enero 2001.

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000, INEI – Perú. Mayo del 2001

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000, Departamentales, INEI – Perú. Setiembre 2001-Febrero 2002

Fecundidad Adolescente en el Perú: Determinantes e Implicancias Socio económicas, INEI – Perú, Junio 2000.

Investigaciones Recientes sobre Salud Sexual y Reproductiva de los Jóvenes en el Perú, REDDES Jóvenes, 1999.

Vulnerabilidad Demográfica: Una faceta de las desventajas sociales. Jorge Rodríguez CELADE - CEPAL. Setiembre 2000

Vulnerabilidad Sociodemográfica: Viejos y Nuevos Riesgos para Comunidades, Hogares y Personas. Síntesis y Conclusiones. CEPAL, 08 de Marzo 2002.

Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población 1950 – 2050. Boletín de Análisis Demográfico N° 35 - INEI. Setiembre 2001

Perú: Proyecciones de Población por Años Calendario, según Departamentos, Provincias y Distritos 1950 – 2005. Boletín Especial N° 16 - INEI. Enero 2002

Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población por Edades Simples y Años Calendario 1970 – 2025. Boletín de Análisis Demográfico N° 15- INEI. Abril 2002

INEI – FNUAP: Estado de la Población Peruana 2000. INEI - FNUAP Julio del 2000

POPULATION REFERENCE BUREAU: Cuadro de Población Mundial 2001.