



ALAP 2020

IX Congreso de la Asociación
Latinoamericana de Población



9 a 11 diciembre

EL ROL DE LOS ESTUDIOS DE POBLACIÓN TRAS LA PANDEMIA DE COVID-19 Y
EL DESAFÍO DE LA IGUALDAD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Dr. Jorge Neciosup Obando, Universidad San Pedro (Perú) jorgeneciosup@gmail.com

Dra. Rofilia Ramírez Ramírez, ESSALUD (Perú) rofilia.ramirez@gmail.com

Mg. Eloisa Castro Castillo, HVLA-ESSALUD (Perú) eloisacastroc@gmail.com

**POLITICAS PÚBLICAS Y SU IMPACTO EN LA REDUCCIÓN DE LA FECUNDIDAD Y MEJOR CALIDAD DE
VIDA EN LAS COMUNIDADES NATIVAS AMAZÓNICAS, PERÚ 2007-2017.**

RESUMEN

A partir de dos retos sociales, Luego del denominado “Baguazo”, enfrentamiento entre nativos amazónicos y la policía nacional con 33 fallecidos en la provincia de Bagua, región amazónica peruana en 2009, y el compromiso del Estado Peruano de alcanzar los Objetivos del Milenio al 2015, y luego hacia los objetivos ODS al 2030, se implementaron políticas públicas más inclusivas, llegando a focalizar a las comunidades nativas amazónicas con dos componentes sociales: el Programa Juntos, por el cual se provee un bono mensual a las madres para que cumplan con el control pre natal, parto institucional, inmunizaciones, matrícula escolar y registro de nacimiento. El otro componente es la universalidad del seguro de salud SIS en el territorio amazónico peruano. Para lograrlo, el Estado Peruano implementó mayores recursos a los sectores correspondientes y se estableció una política de eficiencia del gasto a través del Ministerio de Economía y Finanzas, mediante el programa de Presupuesto por Resultados, incrementando puestos de trabajo e insumos en planes y programas conducentes al logro de objetivos anuales; finalmente encargó al Instituto Nacional de Estadística (INEI) la medición de estos objetivos anuales concretos a través de la Encuesta Nacional de Programas Presupuestales (ENAPRES), y la difusión de noticieros en idiomas nativos desde la red nacional de radio y televisión. Es así que el nivel y la estructura de la fecundidad fueron reduciéndose desde el 2010 en que se fueron implementando estos programas sociales, comparamos en el estudio los reportes censales 2007 y 2017, y calculamos las tasas específicas de fecundidad mediante el método de los hijos propios de Brass. Podemos advertir que efectivamente, de un estado inicial en 2007 con una TGF de 7.724 se redujo en 2017 a 4.253 hijos por mujer; asimismo la TMI se redujo de 49.2 a 21.3 defunciones de menores de un año por 1000 nacimientos vivos, y la tasa de mortalidad en la niñez pasó de 64.00 a 32.67 defunciones de menores de 5 años por cada 1000 nacimientos vivos (Coale-Trussell, modelo oeste). Esta es una evidencia de cómo las políticas públicas inclusivas y su conveniente aplicación impactan favorablemente en la población beneficiaria por una mejora sustancial en su salud sexual y reproductiva y una mejor calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: Políticas públicas, Fecundidad, calidad de vida

ABSTRACT

From two social challenges, After the so-called "Baguazo", confrontation between Amazonian natives and the national police with 33 deaths in the province of Bagua, Peruvian Amazon region in 2009, and the commitment of the Peruvian State to achieve the Millennium Goals by 2015, and then towards the 2030 SDG objectives, more inclusive public policies were implemented, targeting native Amazonian communities with two social components: the Juntos Program, by which a monthly bonus is provided to mothers to comply with the prenatal control, institutional delivery, immunizations, school enrollment and birth registration. The other component is the universality of the SIS health insurance in the Peruvian Amazon territory. To achieve this, the Peruvian State implemented greater resources to the corresponding sectors and established a spending efficiency policy

through the Ministry of Economy and Finance, through the Budget for Results program, increasing jobs and inputs in plans and programs conducive to the achievement of annual objectives; finally, it commissioned the National Statistics Institute (INEI) to measure these specific annual objectives through the National Survey of Budgetary Programs (ENAPRES), and the broadcast of newscasts in native languages from the national radio and television network. Thus, the level and structure of fertility have been reducing since 2010, when these social programs were implemented, we compared the 2007 and 2017 census reports in the study, and we calculated the specific fertility rates using the method of own children. by Brass. We can see that indeed, from an initial state in 2007 with a TFR of 7,724, it was reduced in 2017 to 4,253 children per woman; Likewise, the IMR fell from 49.2 to 21.3 deaths of children under one year of age per 1,000 live births, and the infant mortality rate went from 64.00 to 32.67 deaths of children under 5 years of age per 1,000 live births (Coale-Trussell, model West). This is evidence of how inclusive public policies and their convenient application have a favorable impact on the beneficiary population due to a substantial improvement in their sexual and reproductive health and a better quality of life.

KEY WORDS: Public policies, Fertility, quality of life

INTRODUCCIÓN

El Perú cuenta desde épocas ancestrales, con un conjunto de comunidades nativas en su área amazónica, hacia 1993 fueron 1,458 comunidades identificando 48 pueblos indígenas, luego en 2007 se contaban en 1,786 comunidades y se identificaron 51 pueblos indígenas; recientemente, al censo 2017 se contabilizaron 2,703 comunidades nativas amazónicas y se identificaron 44 pueblos étnicos diferentes (INEI, 2018).

Hasta el censo del año 2007, las condiciones de vida de este territorio tenía escaso desarrollo, con actividades agrícolas y de caza, pesca, lo cual complementaban con actividades de ritos con atuendos típicos para efectos turísticos, como fuentes de ingreso para su comunidad, la presencia del estado era muy escasa con muy pocos servicios educativos, de salud y otros, por ello sus niveles de fecundidad y de mortalidad eran muy altos (TGF = 7.724 hijos por mujer, TMI=49.2 por mil nacidos vivos)(INEI, 2010).

Perú, como estado optó estrategias importantes para enfrentar los compromisos de los Objetivos del Milenio y sobre todo se adoptó la política de estado de promover el desarrollo de las comunidades nativas amazónicas luego del conflicto social de enfrentamiento de nativos con la policía. El MEF adopta la estrategia de Presupuesto por Resultados (PpR) para alcanzar los objetivos diseñados por Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN), involucrando progresivamente a mas sectores y más actores, dichos objetivos se traducirían en indicadores y éstos se fijarían en metas anuales, los cuales son evaluados a través de encuestas nacionales por el INEI (Instituto Nacional de

Estadística e Informática). Esta iniciativa proponía una mejor calidad del gasto, buscando eficiencia en los programas sociales y asistenciales (ACUÑA, R., HUAITA, F., MEDINAS, J., 2012).

Las primeras estrategias se orientaron hacia la salud de la madre, gestante y del producto gestacional, es decir a la Salud Sexual y Reproductiva, seguido de los programas asistenciales que ya existían como Vaso de Leche, Juntos, también la cobertura escolar y la retención en la asistencia escolar, progresivamente fueron incorporándose más sectores y más actores, siguiendo un modelo de gestión del gasto por PpR (ROBINSON, M., LAST, D., 2009) (ACUÑA, R., HUAITA, F., MEDINAS, J., 2012).

Robinson y Last (2009), precisan que los países a los cuales se recomienda esta estrategia son los “Países interesados en adoptar un sistema de presupuestación por resultados con un mínimo de complejidad y bajos costos implícitos. • Países con recursos y capacidad limitados, incluidos los países de bajos ingresos” (ROBINSON, M., LAST, D., 2009).

Pero entonces, cabe preguntarse cómo impacta la intervención del estado por mejorar los estilos de vida, acceso a los servicios de salud, de educación, programas sociales, etc en los indicadores de salud sexual y reproductiva en el área de estudio, por ello nos formulamos:

PROBLEMA

¿Cuál es el impacto de las políticas públicas de PpR en la reducción de la fecundidad y mejor calidad de vida en las comunidades nativas amazónicas, Perú 2007-2017?

OBJETIVOS

- 1.-Determinar cuál es el impacto de las políticas públicas PpR en la TGF, en la TMI y TM en la niñez en las comunidades nativas amazónicas en el periodo 2007-2017
- 2.- Identificar los indicadores de beneficios de la población de las comunidades nativas amazónicas que impactan en su calidad de vida en el periodo 2007-2017

METODOLOGÍA.

Se utilizó la base de datos de los Censos Nacionales de población y vivienda de los años 2007 y 2017 elaborados por INEI y de los reportes informes definitivos, con ello obtener los indicadores de TGF, TMI y TM niñez para las comunidades nativas amazónicas en los años 2007 y 2017 y comparar por diferencia.

Para la TGF se empleó el método de los hijos propios de Brass y para los indicadores de mortalidad TMI y TMN se utilizó el método indirecto de hijos sobrevivientes, empleando las tablas de Coale-Trussell, modelo oeste.

Para los indicadores de beneficio, se efectuaron cálculos porcentuales simples.

RESULTADOS

TABLA 1
PERÚ: COMUNIDADES NATIVAS AMAZÓNICAS: INDICADORES DE
LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA SEGÚN FAMILIA LINGÜÍSTICA, 2007

FAMILIA LINGÜÍSTICA	TGF	TMI	TM NIÑEZ
ARAHUACA	7.4	41.6	65.9
CAHUAPANA	9.7	40.2	50.5
HARAKMBUT-HARAKMBET	4.9	42.0	79.3
HUITOTO	6.3	38.5	83.4
JIBARO	8.5	35.7	55.3
PANO	7.9	49.6	83.3
PEBA YAGUA	8.8	58.2	72.2
QUECHUA	6.9	44.0	56.0
TACANA	4.2	70.5	80.2
TUCANO	6.8	50.9	60.8
TUPI GUARANI	8.1	44.1	60.8
ZAPARO	3.8	24.7	49.1
SIN CLASIFICACION	7.1	38.2	70.1

Fuente: INEI – II Censo de Comunidades Indígenas de la Amazonía Peruana – Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda.

TABLA 2
PERÚ: COMUNIDADES NATIVAS AMAZÓNICAS, TGF Y
FECUNDIDAD ESPECÍFICA POR EDADES. 2007 Y 2017

Edades	Censo 2007	Censo 2017
15 a 19	0.216	0.019
20 a 24	0.339	0.125
25 a 29	0.324	0.201
30 a 34	0.293	0.178
35 a 39	0.234	0.149
40 a 44	0.106	0.116
45 a 49	0.033	0.062
TGF	7.724	4.253

Fuentes: INEI – II Censo de Comunidades Indígenas de la Amazonía Peruana - Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda.

INEI – III Censo de Comunidades Indígenas de la Amazonía Peruana - Censos Nacionales 2017: XII de Población y VII de Vivienda.

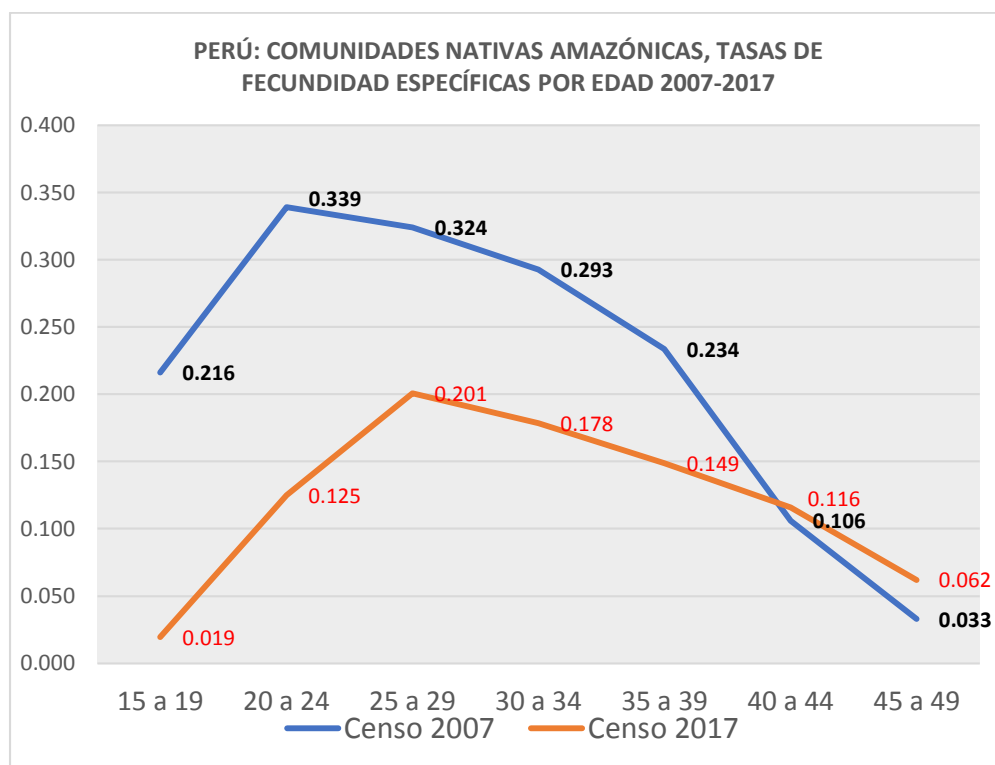


TABLA 3

PERÚ: COMUNIDADES NATIVAS AMAZÓNICAS, TMI Y TM EN LA NIÑEZ. 2007 Y 2017

INDICADOR	Censo 2007	Censo 2017
TMI	49.20	21.30
TM NIÑEZ	64.00	32.67

Fuentes: INEI – II Censo de Comunidades Indígenas de la Amazonía Peruana - Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda.

INEI – III Censo de Comunidades Indígenas de la Amazonía Peruana - Censos Nacionales 2017: XII de Población y VII de Vivienda.

TABLA 4
PERÚ: Nivel de instrucción alcanzado por mujeres de 15 y más años.
Censos 2007 y 20017. Comunidades nativas amazónicas

Nivel de Instrucción	censo 2007		censo 2017	
	Nº	%	Nº	%
Sin nivel e Inicial	21733	26.7	12667	12.5
Primaria	39874	49.0	46907	46.2
Secundaria	17230	21.2	36738	36.2
Superior no universitaria	1540	1.9	2811	2.8
Superior Universitaria	1062	1.2	2449	2.3
TOTAL	81439	100.0	101572	100.0

Fuentes: INEI – II Censo de Comunidades Indígenas de la Amazonía Peruana - Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda.

INEI – III Censo de Comunidades Indígenas de la Amazonía Peruana - Censos Nacionales 2017: XII de Población y VII de Vivienda.

TABLA 5
PERÚ: COMUNIDADES NATIVAS AMZÓNICAS SEGÚN ACCESO A
SERVICIOS DE COMUNICACIÓN Y ALUMBRADO, 2017

	Nº	%
Medios y Servicios de comunicación*	2703	100.0
Con radiofonía	584	21.6
Telefonía pública	538	19.9
TV cable satelital	108	4.0
Radio	97	3.6
Internet	78	2.9
Telefonía móvil	14	0.5
No acceden a ningún servicio	1541	57.0
Alumbrado		
Alumbrado eléctrico	444	16.4
Panel solar	358	13.2
No cuenta con alumbrado	1901	70.3

FUENTE INEI – III Censo de Comunidades Indígenas de la Amazonía Peruana - Censos Nacionales 2017 : XII de Población y VII de Vivienda.

*No excluyentes

TABLA 6
PERÚ: COMUNIDADES NATIVAS AMZÓNICAS SEGÚN ACCESO A
SERVICIOS DE EDUCACIÓN Y SALUD, 2017

	Nº	%
SERVICIO EDUCATIVO*	2703	100.0
Con al menos una institución educativa	2604	96.3
Cuenta con I.E: nivel secundaria	538	19.9
Con enfoque cultural bilingüe	108	4.0
SERVICIO DE ATENCIÓN DE SALUD		
Puesto o posta de salud	865	32.0

FUENTE INEI – III Censo de Comunidades Indígenas de la Amazonía Peruana - Censos Nacionales 2017 : XII de Población y VII de Vivienda.

*No excluyentes

TABLA 7
PERÚ: COMUNIDADES NATIVAS AMZÓNICAS SEGÚN ACCESO A
PROGRAMAS SOCIALES. 2017

PROGRAMAS SOCIALES*	Nº	%
	2703	100.0
SEGURO INTEGRAL DE SALUD	2674	98.9
QALI WARMA (Desayuno escolar)	2398	88.7
PROGRAMA JUNTOS	2062	76.3
PENSIÓN 65	1926	71.3
PROG. DE MATERIALES EDUCATIVOS	1461	54.1
PROGRAMA DE VACUNACIÓN	1224	45.3
PROGRAMA DE ALFABETIZACIÓN	324	12.0
BECA 18	320	11.8
SEMBRANDO	281	10.4
PROGRAMA TAMBOS	129	4.8
PROGRAMA PANTBC	87	3.2

* No excluyentes

FUENTE INEI – III Censo de Comunidades Indígenas de la Amazonía Peruana - Censos Nacionales 2017 : XII de Población y VII de Vivienda.

DISCUSIÓN

La tabla 1 muestra los indicadores de TGF, TMI y TMN para las comunidades nativas amazónicas en Perú al año censal 2007, si bien el promedio de la TGF fue de 7.724, podemos ver que a nivel de las familias lingüísticas presentó una gran dispersión, los valores extremos son 3.8 y 9.7 hijos por mujer, a su vez la TMI varó entre 24.7 a 70.5 menores de un año fallecidos por cada 1000 nacidos vivos, y la TMN con variación entre 49.1 y 83.4 menores de 5 años fallecidos por cada 1000 nacimientos vivos. Ahora, si consideramos que para el Perú en su conjunto los indicadores de TGF y TMI fueron de 2.59 hijos por mujer y 18.5 defunciones de menores de 1 año por cada 1000 nacimientos vivos las brechas corresponden a un marco de la desigualdad (INEI, 2010), pero bajo un enfoque de derechos, la población de las comunidades amazónicas son tan ciudadanos como los demás, tienen también la ciudadanía peruana y no debe ser objeto de exclusión (CEPAL, UNFPA, OPS, 2010).

La intervención del estado peruano en forma focalizada incorporando a las comunidades nativas amazónicas a los programas sociales y acercando el estado a la región amazónica mediante la estrategia PpR (ACUÑA, R., HUAITA, F., MEDINAS, J., 2012) (ROBINSON, M., LAST, D., 2009) permitió en menos de 10 años lograr un cambio favorable, no sólo en los indicadores de salud sexual y reproductiva sino también en la calidad de vida de la población con programas tan útiles como el seguro integral de salud que cubre al 98.9% de las comunidades nativas.

En junio del año 2016, el Diario El Comercio, el más importante medio periodístico nacional pone en relieve los avances logrados por Perú hacia su desarrollo y remarca que de 27 indicadores de bienestar, Perú había logrado 15 (GRAY, 2016).

Otro logro importante es la mejora del nivel educativo de las mujeres de 15 y más años con el mayor acceso al servicio educativo, el desayuno escolar y el paquete de materiales educativos, y sobre todo ampliando las condiciones que favorecen el aprendizaje, el 70.5% de las instituciones educativas tienen enfoque cultural bilingüe y que 611 comunidades tienen ya institución educativa del nivel secundario. El mayor nivel educativo de las mujeres, de las madres, mejora el nivel de salud del niño y de la familia en general, logrando mejores niveles de bienestar dentro de un enfoque de los determinantes sociales de la salud.

El impacto logrado en el nivel de la fecundidad es impresionante pues la TGF pasó de 7.724 a sólo 4.253 en 10 años y sobre todo la severa reducción de la fecundidad adolescente que en el año 2007 fue de 216 nacidos vivos por cada mil mujeres de 15 a 19 años bajó a sólo 19, por supuesto es sorprendente y acaso dudar del registro de la edad de las mujeres, pues a nivel nacional es de 60, este indicador hay que observar en siguientes mediciones con especial interés.

La preocupación acerca del registro de edades se fortalece cuando vemos que la contribución a la fecundidad de las mujeres de los quinquenios mayores, de 40-44 y de 45-49 se incrementó.

Resulta favorable también el cambio de la mortalidad infantil y en la niñez, pues el primero pasó de 49.2 a 21.30 muertes de menores de 1 año por cada 1000 nacimientos vivos, y la mortalidad en la niñez experimentó un descenso de 64.00 a 32.67 muertes de menores de 5 años por cada mil nacimientos vivos. Los países de la región latinoamericana reportan TMI que oscila entre 10 y 80 por mil nacimientos vivos hacia el año 2010 (CEPAL, UNFPA, OPS, 2010). Estos logros son destacados desde el enfoque social desarrollado por Sen y Klisberg, señalando que la mortalidad es un indicador negativo del bienestar (SEN, A., KLIKSBURG, B., 2007)

Entonces, mejoraron los servicios de salud, de educación, de electricidad, de comunicaciones, y los programas sociales protegieron a las gestantes hasta la etapa del puerperio, a los recién nacidos, con atención del programa de crecimiento y desarrollo, el programa de inmunizaciones, el registro civil, el inicio escolar, el cual se fortalecía con el desayuno escolar y el paquete de materiales educativos.

Lamentablemente, como puede apreciarse en la tabla 7, la mitad de los programas aún no tiene cobertura mayor al 50% de las comunidades nativas amazónicas, lo cual va incrementándose progresivamente.

CONCLUSIONES

- 1.- El Estado peruano intervino mejorando la calidad de vida de los habitantes de las comunidades nativas amazónicas e integrando a la población más vulnerable, niños, gestantes, adultos mayores a los programas sociales, con gran éxito, logrando así mejorar la calidad de vida en ese territorio.
- 2.- Se advierte un impacto favorable en los indicadores demográficos de la salud reproductiva, pues el nivel de la fecundidad bajó de 7.724 a 4.253 hijos por mujer en sólo 20 años, se experimentó además una reducción significativa de la TMI y TMN.
- 3.- El estado peruano llegó con mayor densidad al territorio amazónico, incorporando así a las comunidades nativas amazónicas al desarrollo nacional a través de la política pública del presupuesto por resultados.

RECOMENDACIONES

- 1.- A las autoridades en los tres niveles de gobierno, nacional, regional y local, se le recomienda continuar con esta estrategia y complementar aquellos programas que aún tienen baja cobertura y

fortalecer los sistemas de producción con agricultura tecnificada para lograr que este proceso sea sostenible.

2.- A la comunidad de investigadores sociales, dar un mayor abordaje a la temática del desarrollo de las comunidades nativas amazónicas y difundir este modelo de desarrollo a partir de la política pública del PpR, con el objeto que otras sociedades indígenas logren el proceso de inclusión en sus respectivos países.

3.- A ALAP, que ojalá pudiéramos publicar este artículo, con las mejoras que pudieran sugerir para poder contar al mundo de la experiencia peruana y que fuera replicable con igual o mejores resultados.

Referencias

ACUÑA, R., HUAITA, F., MEDINAS, J. (2012). *EN CAMINO DE UN PRESUPUESTO POR RESULTADOS (PpR)*. Lima: Ministerio de Economía y Finanzas.

CEPAL, UNFPA, OPS. (2010). *SALUD MATERNO-INFANTIL DE PUEBLOS INDÍGENAS Y AFRODESCENDIENTES DE AMÉRICA LATINA*. SANTIAGO DE CHILE: CEPAL.

GRAY, G. G. (16 de JUNIO de 2016). PNUD: Estos avances logró Perú en camino hacia su progreso. *DIARIO "EL COMERCIO"*, págs. <https://elcomercio.pe/economia/peru/pnud-avances-logro-peru-camino-progreso-219405-noticia/>.

INEI. (2010). *PERÚ: ANÁLISIS ETNOSOCIODEMOGRÁFICO DE LAS COMUNIDADES NATIVAS DE LA AMAZONÍA, 1993 Y 2007*. LIMA: INEI.

INEI. (2018). *III Censo de Comunidades Nativas. Resultados definitivos*. Lima: INEI.

ROBINSON, M., LAST, D. (2009). *UN MODELO BÁSICO DE PRESUPUESTACIÓN POR RESULTADOS*. WHASHINGTON DC: FONDO MONETARIO INTERNACIONAL.

SEN, A., KLIKSBERG, B. (2007). *PRIMERO LA GENTE*. BARCELONA: DEUSTO.