

CRECIMIENTO DEMOGRÁFICO Y SALUD REPRODUCTIVA ^a

Population growth and reproductive health

LUIS SOBREVILLA ALCÁZAR ¹, MAGDALENA CHÚ VILLANUEVA ²
Y WALTER MENDOZA ³.

RESUMEN

En este trabajo se examinan los cambios demográficos de las últimas décadas y sus impactos en la salud de los peruanos, con énfasis en la salud materno-infantil y reproductiva. Como se prevé que el crecimiento de la población ha de continuar, con modificaciones importantes en la estructura de edades, con vista al futuro se señalan los planes y programas que permitirían mejorar los avances logrados.

En las décadas recientes, los indicadores de salud han mejorado de manera significativa, la mortalidad infantil ha descendido a 17 muertes por mil nacidos vivos, y la mortalidad general ha llegado a 5,7 por mil habitantes, mientras la esperanza de vida se ha incrementado a 77,8 años para la mujer y 72,5 para los varones (periodo 2015-2020). Aunque ha descendido de manera importante, la mortalidad materna sigue siendo una de las más elevadas de la región con 93 muertes maternas por cien mil nacidos vivos y las causas de muerte, vinculadas al embarazo, parto y puerperio, son las hemorragias obstétricas, los trastornos hipertensivos, complicaciones no obstétricas y el aborto, que ha aumentado como causa de muerte materna en la última década. Estudios recientes demuestran que cerca del 60% de los nacimientos no son planificados y se dan sobre todo entre las mujeres pobres y menos educadas que usan predominantemente métodos anticonceptivos tradicionales.

Resulta prioritario, en este contexto, revitalizar los servicios de salud reproductiva y planificación familiar, que han sufrido altibajos en las décadas precedentes, y se requiere programas de educación, capacitar al personal y la provisión adecuada de anticonceptivos modernos. Más aun, considerando que Perú sigue siendo uno de los países con los niveles más bajos de uso actual de

métodos modernos entre mujeres unidas, estancado desde el año 2000 en torno al 50%.

Por otro lado, la cobertura de los servicios de salud se ha ampliado de forma notable: al año 2014, 69% de la población se encontraba cubierta por algún tipo de seguro, el 39% por el Seguro Integral de Salud (SIS), EsSalud cubría al 24,6 %, los seguros privados y otros cubren cerca del 5,4% de la población. El sistema de salud es un sistema mixto, cuyos componentes mayores, SIS y EsSalud, mantienen escasa coordinación, sobre todo a nivel regional. Y, a pesar de que la economía peruana ha tenido una década de crecimiento sostenido, el gasto público en salud solo cubre el 30 %, los empleadores contribuyen con otro 30% y la población cubre más del 34 % con gasto de su bolsillo. Aunque el gasto en salud del estado se ha incrementado en las últimas décadas, a una tasa del 5,1 % del PBI, se mantiene como uno de los más bajos de la región.

Palabras claves; Población, reproducción, seguro de salud, salud, presupuesto, producto bruto interno.

ABSTRACT

This work examines demographic changes in recent decades and its impacts on the health of Peruvians, with emphasis on maternal and child health and reproductive health. As expected that the population growth must continue, with significant changes in the age structure, with a view to the future are designated plans and programs that would improve the progress achieved.

In recent decades, health indicators have improved significantly, infant mortality has dropped to 17 deaths per 1 000 live births, and the general mortality has reached 5,7 per thousand inhabitants, while life expectancy has increased to 77,8 years for women and 72,5 for males (the period 2015-2020). Although it has fallen significantly,

¹ Profesor (r) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Ex consejero de The Population Council y autor de diversos estudios sobre política poblacional en América Latina.

² Profesora principal de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, ex jefa de la Oficina Nacional de Procesos Electorales (ONPE). Doctora en Estadística.

³ Oficial de Población y Desarrollo, United Nations Population Fund.

^a Documento presentado el día jueves 9 de julio 2015 en el seminario *Los Retos Poblacionales en el Perú del Siglo XXI*, en conmemoración del Día Mundial de Población, en el Campus Sur, Miraflores, UPCH.

maternal mortality remains one of the highest in the region with 93 maternal deaths per one hundred thousand live births and causes of death related to pregnancy, delivery and puerperium are obstetric haemorrhages, hypertensive, non obstetric complications disorders and abortion, which has increased as a cause of death mother in the last decade.

Recent studies show that about 60% of births are unplanned and occur mostly among the poor and less educated women who use predominantly traditional contraceptive methods.

It is a priority, in this context, revitalize family planning and reproductive health services which have undergone ups and downs in the preceding decades, and it requires education, training of staff and the adequate provision of modern contraceptives. Even more, so considering that Peru remains one of the countries with the lowest levels of current use of modern methods among women, stalled since 2000 around 50%. On the other hand, the coverage of health services has expanded significantly: by the year 2014, 69% of the population was covered by some sort of insurance, 39% for the integrated health insurance (SIS), EsSalud covering the 24,6%, private insurance and others cover nearly 5,4% of the population. The health system is a mixed system, with major components, SIS and EsSalud, keep little coordination, especially at the regional level. And, while the Peruvian economy has had a decade of sustained growth, public health expenditure only covers 30%, employers contribute with another 30% and the population covers more than 34 percent with pocket spending. Although, the health spending's government has increased in recent decades, at a rate of 5,1% of GDP, but remains one of the lowest in the region.

Key words; Population, reproduction, health insurance, health, budget, gross domestic product.

INTRODUCCIÓN

En este trabajo, examinamos las estrechas relaciones existentes entre los cambios demográficos de las últimas décadas y la salud de la población del Perú, con énfasis en la salud reproductiva y también revisamos los retos hacia el futuro y los objetivos, planes y programas que permitirían mejorar de manera significativa los avances que se han logrado hasta el presente.

En los últimos años, los indicadores de salud han mejorado de manera notable como resultado, tanto de los avances en materia de educación y desarrollo social y económico, como de la mayor cobertura de los servicios de salud, y la ampliación de los programas de prevención, promoción y atención de la salud.

Otro factor muy importante son los cambios demográficos que se iniciaron desde mediados del siglo pasado, asociados a los cambios en las políticas y programas de población de los gobiernos del país. Justamente en esta reunión conmemoramos la realización del Primer Seminario Nacional de Población y Desarrollo, convocado por el Centro de Estudios de Población y Desarrollo que se realizó en Paracas, el 5 de noviembre de 1965 y que dio inicio a los cambios de política de población y a los programas pioneros de planificación familiar, avances que fueron detenidos por el gobierno militar del oncenio, pero se reiniciaron al volver la democracia en 1980 y culminaron con la promulgación hace treinta años, de la “Ley de Política Nacional de Población” a través del Decreto Legislativo No. 346 del 5 de julio de 1985 para continuar, con grandes altibajos hasta nuestros días. (1-3)

1. LOS CAMBIOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD.

En las últimas décadas el Perú ha logrado avances importantes en la cobertura de los servicios de salud y en el marco normativo del sector los que tienen como meta que los servicios se extiendan a toda la población: el proceso normativo lleva al aseguramiento universal en salud, que han optado, siguiendo el modelo alemán, muchos países europeos y latinoamericanos.

La Constitución de 1993, establece en su Artículo 7°. que todos los peruanos tienen derecho a la protección de su salud y la Ley General de Salud de 1997, reafirma que toda persona tiene derecho a la protección de su salud, en 1999 se crea EsSalud que consolida y expande los sistemas de seguridad social, y en el 2002 se crea el Seguro Integral de Salud, SIS, consolidando y ampliando los programas de Salud Materno-Infantil y de Seguro Escolar y en el año 2007 se amplía el SIS creando

un programa subsidiado orientado a los trabajadores independientes y de pequeñas y microempresas. En el año 2003 se crean las Autoridades de Salud Regional como parte del proceso de regionalización aunque Lima se mantiene bajo la administración del MINSA y finalmente, en el año 2010 se promulga la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. Cuadro N° 1.

Cuadro N° 1. Hitos en la cobertura de salud.

-
- 1997. Ley General de Salud.
 - 1999. Creación de EsSalud, consolidando los seguros con aporte de los trabajadores y empleadores.
 - 2002. Seguro Integral de Salud, SIS. Cobertura de salud para la población de bajos ingresos, financiada por el estado.
 - 2003. Creación de las Direcciones Regionales de Salud.
 - 2010. Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
-

Adaptado del "Country Summary Report for Peru", WHO, Sept 2014. (4)

El sistema de salud del Perú puede describirse como un sistema mixto con dos sectores, el público y el privado; para la prestación de servicios, el sector público se divide en el régimen subsidiado o contributivo indirecto y el contributivo directo que es el que corresponde a la Seguridad Social. El organismo rector del sistema es el Ministerio de Salud y a nivel de las Regiones, las Direcciones Regionales de Salud.

Desde la realización del Seminario de Paracas la cobertura de los servicios de salud se ha ampliado de forma notable, en el año 2014, el 69% de la población se encontraba cubierta por algún seguro de salud, la cobertura del SIS alcanza al 39%, la de EsSalud el 24.6% y menos del 4% de la población se atiende por los seguros privados y el 31% de la población no

cuenta con ningún seguro. La Superintendencia Nacional de Salud, SUSALUD, ha sido creada recientemente como un Organismo Público Especializado, adscrito al Ministerio de Salud, para registrar, autorizar, supervisar y regular a las instituciones administradoras de seguros de salud, así como para supervisar a las instituciones prestadoras de servicios de salud. La coordinación entre el SIS y EsSalud a nivel operativo en las regiones es deficiente, así, el SIS no está recibiendo el pago que le corresponde por la atención de derechohabientes de EsSalud.

2. SITUACIÓN Y ESTADO DE SALUD.

Los cambios sociales, económicos y demográficos que ha experimentado el país, han contribuido de manera significativa a importantes mejoras en la salud de la población. Así tenemos que la tasa de mortalidad infantil que era de 159 por mil nacidos vivos en 1950 ha descendido a 17 en el 2014 y la tasa bruta de mortalidad que era de 22.5 muertes por mil habitantes, es de 5.7 y la esperanza de vida que era de 45 años para las mujeres y 43 en los hombres en 1950, se ha incrementado a 77.8 años para la mujer y 72.5 años para los hombres en el quinquenio 2015-2020.

La transición demográfica que experimenta el país, ha cambiado rápidamente la estructura por edades de la población, con una tendencia reducción relativa de la proporción de niños y jóvenes y un aumento de los adultos y adultos mayores, lo que se refleja en el aumento de la población en riesgo de enfermar en estas edades. Igualmente, se ha producido una urbanización y litoralización de la población, acentuada por el impulso a la migración interna de la violencia terrorista de los 80 y 90. En 75 años, el país rural de 1940, con el 65 % de la población viviendo en el campo, se ha transformado en un país fuertemente urbano,

con más de tres cuartos de la población viviendo en centros urbanos y 9 millones de pobladores residiendo en las provincias de Lima y Callao.

Igual que la población, los recursos sanitarios se encuentran urbanizados y centralizados, Lima concentra al 45 % de médicos, 37 % de enfermeras, 21 % de obstetrices y 31 % de los odontólogos del país, asimismo, Lima cuenta con el 35 % de los hospitales, la distribución de centros y puestos de salud es algo mejor, con estos establecimientos distribuidos más equitativamente.

El Perú está asimismo atravesando una transición epidemiológica y aunque en el año 2012 las primeras causas de mortalidad registradas eran aún las enfermedades infecciosas y parasitarias con el 20.7%, les siguen muy de cerca las neoplasias con 18.5% y las circulatorias con 16.9% a nivel nacional (5).

En el Perú según las cuentas nacionales, el gasto en salud el año 2005 estaba compuesto por un 34.2% por gasto directo de la población, el 30 % por gasto público y otro 30% por contribuciones de los empleadores, el resto correspondía a aportes por cooperación internacional, lo que configura un patrón de país en vías de desarrollo. Casi década después, se registran algunas tendencias al cambio, sobre todo por parte del sector público. A pesar de que la economía peruana ha tenido más de una década de crecimiento sostenido, solo en los últimos años se ha incrementado de manera importante el gasto en salud, que a una tasa de 5.3% del PBI al 2013, todavía está entre las más bajas de la región. (6)

3. SALUD MATERNO-INFANTIL.

La salud materno-infantil ha tenido una evolución muy favorable en las últimas

décadas, la que ha sido bien documentada por la serie de encuestas ENDES que realiza el INEI. (7)

La mortalidad infantil, neonatal y de la niñez se han reducido de manera significativa en los últimos 20 años: la mortalidad infantil se redujo de 57 por mil a 17, la neonatal de 27 a 10 y la mortalidad en la niñez, de 78 a 20 muertes por mil, según las Encuestas ENDES 1991 /92 al 2014. La desnutrición crónica infantil también se ha reducido a nivel nacional, pasando de 28 % en el 2007 a 10.7% el 2014, siendo mayor la reducción en el área rural donde bajó de 46 % el 2007 a 21.9% el 2014. El progreso en estos indicadores ha sobrepasado los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Entre los avances positivos destacados, el parto institucional se ha incrementado del 58 % el año 2000 al 91.4% el 2014, y más significativamente aún, en las áreas rurales el parto institucional subió del 24 % el año 2000 al 76.3% el 2014.

4. LA MORTALIDAD MATERNA Y EL ABORTO.

Los primeros estudios sobre mortalidad materna se iniciaron en los hospitales de Lima, y a fines de los 1980's, Cervantes, Watanabe y Denegri destacaban que en ellos, el 11 % de las muertes se presentaban en adolescentes de 10 a 19 años y que el aborto explicaba el 50 % de ellas.

En el año 2000, la razón de mortalidad materna era de 185 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos, y se redujo a 93 en el 2010, todavía entre las más altas de la región y lejos de la meta establecida por los Objetivos de Desarrollo del Milenio (66 por 100 000 nacidos vivos). Las primeras causas de muerte en las mujeres en edad reproductiva a nivel mundial están relacionadas al embarazo, parto, puerperio y el aborto. Por ello, desde

un enfoque de derechos reducir la mortalidad materna requiere limitar los embarazos no deseados, reducir y tratar adecuadamente las complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio. En el Perú las principales causas de muerte materna el año 2000 fueron las hemorragias en 49 %, la eclampsia en 16 % y el aborto en 7 %, en comparación, el 2012 las causas fueron: hemorragias, 40 %, eclampsia, 32 %, aborto, 17 % e infecciones puerperales, 4 % es preocupante el aumento del aborto como causa de muerte materna. (8)

El año 2013, se publicaron los resultados de estudios a nivel nacional realizados por la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud y por el Fondo de Población de las Naciones Unidas-UNFPA, los que confirman y extienden los resultados reseñados destacando que las adolescentes entre 15 a 19 años tienen una RMM de 241 por cien mil nacidos vivos, más elevada que aquella de las mujeres de 40 y más años. (9) Entre los hallazgos de mayor interés de este estudio está el hecho que las complicaciones no obstétricas, asociadas al aumento en las edades de gestación en algunos grupos sociales, o a la concurrencia de enfermedades pre-existentes (para las que un embarazo constituye un alto riesgo), representaban el 14% para el periodo 2007-2011.

Estudiar el problema del aborto es difícil por ser este un delito penado por la ley, salvo en el caso de que este se autorice para salvar la vida de la madre, por lo que los datos disponibles sobre el aborto son escasos y limitados. El primer estudio nacional sobre el tema, estimaba que en 1990 se habrían realizado 271 000 abortos y en el año 2000, se habrían producido 352 000 manteniéndose un estimado de 5.2 % de abortos por cada 100 embarazos.

En diciembre del 2006, la antropóloga y demógrafa Delicia Ferrando publica el informe

“El Aborto clandestino en el Perú” resultado de una revisión de los datos de encuesta y de encuestas de opinión a profesionales de la salud y de las ciencias sociales y a no profesionales de amplio conocimiento sobre el aborto, el informe más completo sobre el tema. El estudio de Ferrando estima que el año 2004 se produjeron 376,000 abortos clandestinos más del 57 % de los nacimientos. El estudio del contexto del aborto confirma que en la mayoría de los casos se trata de evitar el nacimiento de un hijo no deseado y que el embarazo no pudo evitarse por falta de información y acceso a métodos eficientes de planificación familiar. (10)

Cuadro N° 2. Datos más destacados en relación a mortalidad materna y aborto.

-
- La razón de mortalidad materna fue de 93 muertes por 100 000 nacidos vivos en el año 2010, entre las más elevadas de la región.
 - Las principales causas de muerte materna para el periodo 2007-2011 fueron las hemorragias 42,6%, eclampsia 22,7%, aborto 17 % e infección postparto 4 %.
 - El año 2004 se habrían producido 376 000 abortos clandestinos; es decir, el 57 % de todos los nacimientos.
-

5. POLÍTICAS DE POBLACIÓN Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

En la década de los cincuenta, primaba en el Perú un pensamiento pro natalista y como política de gobierno se impulsaba la educación familiar para la promoción de la “familia bien constituida” como preconizaba la Senadora Irene Silva de Santolalla, quien logra la aprobación de un curso de educación familiar en el currículo de los colegios nacionales para la mujer. (11) En esos años, solo tenían acceso a métodos de planificación familiar algunos

pacientes de los sectores de mayores ingresos y educación, que se atendían en los consultorios médicos privados en Lima y en algunas de las capitales departamentales como Arequipa y Trujillo, los escasos datos disponibles, mostraban una Tasa Global de Fecundidad promedio de 6.8 hijos por mujer, muy por encima del número de hijos deseados y esta tasa era menor entre las mujeres urbanas y con mayor nivel de educación.

El movimiento de planificación familiar nace en las primeras décadas del siglo pasado en los Estados Unidos de NA, Inglaterra y Europa, basado en consideraciones de protección de la salud de la mujer, prevención del aborto, y promoción de los derechos reproductivos y humanos. En Estados Unidos, la enfermera de Salud Pública Margaret Sanger abre las primeras clínicas en Nueva York y después de una larga lucha, organiza y preside la Federación de Paternidad Planificada de NA, (Planned Parenthood Federation of America) y en 1952, se funda la Federación Internacional de Paternidad Planificada. Este movimiento se ve fortalecido cuando a partir de la década de los 50, adquiere prominencia el tema del crecimiento acelerado de la población, que algunos denominaban, siguiendo a Paul Ehrlich, la “explosión demográfica” es entonces que algunos gobiernos y fundaciones privadas ven a la planificación familiar como un instrumento para frenar el crecimiento demográfico acelerado. En 1960, tras un programa de investigación liderado por Gregory Pincus de la Fundación Worcester y John Rock de la Universidad de Harvard, y también promovido por Margaret Sanger y Catherine Mc Cormack, se aprueba el Enovid de Searle, la primera píldora anticonceptiva y en el mismo año, se autoriza el uso del primer anticonceptivo intrauterino, desarrollado por Jack Lippes dando comienzo a la era de la anticoncepción moderna. (12)

La planificación familiar moderna comienza en el Perú en la década de los sesenta y es un proceso con grandes altibajos que hemos descrito anteriormente (2) y que revisaremos a grandes trazos en este trabajo. En 1964, el Dr. Carlos Muñoz Torcello, catedrático de Ginecología y Obstetricia de la Universidad Cayetano Heredia organiza la Clínica de Planificación Familiar en el Hospital Arzobispo Loayza y poco después el Dr. Abraham Ludmir inicia la Clínica de Planificación familiar en el Hospital de Maternidad de Lima, ambos son hospitales docentes y ofrecen anticoncepción moderna a mujeres de bajos ingresos. En abril de 1965, el Instituto de Investigaciones de la Altura de la UPCH organiza el Simposio de Población y Altitud y en diciembre de este mismo año, el recientemente creado Centro de Estudios de Población y Desarrollo organiza la Primera Reunión Nacional sobre Población y Desarrollo. (13) Se crea así un ambiente favorable a la planificación familiar y el CEPD organiza en 1966 algunas clínicas con un enfoque de investigación y servicios en salud materno-infantil y planificación familiar en las barriadas de Pamplona Alta y Bravo Chico; y, en base a estos resultados, el CEPD apoya la incorporación de estas actividades en los planes que desarrollaría el Ministerio de Salud con apoyo de la Organización Panamericana de Salud.

En 1965, los ginecólogos Larrañaga y Kesseru, con el patrocinio de la familia Graña y el apoyo de la farmacéutica Schering, inician clínicas de investigación y servicios de Planificación Familiar en el valle de Huando, los que tienen gran aceptación en la población. En 1966, se crea la Asociación Peruana de Paternidad Responsable, APPF, bajo la dirección del Dr. Carlos Alfaro y con el apoyo de donantes peruanos y de la IPPF y la APPF abre las primeras Clínicas de Planificación Familiar en los barrios marginales de Lima.

La Iglesia católica peruana, también preocupada por el problema social y de salud de la mujer, aprueba la firma de un convenio entre el CEPD y el Movimiento Familiar Cristiano, con la participación del Dr. Ricardo Subiría, para la ejecución de un programa de promoción familiar y conyugal en pueblos jóvenes. También autoriza en 1966 la organización en las barriadas de Lima de un Programa de Paternidad Responsable, liderado por el Dr. Joseph Kerrins, que utiliza la píldora además del método del ritmo, que es muy bien aceptado y se amplía a otras parroquias de la ciudad. En 1967, cuando el Dr. Kerrins regresa a los EE UU, el programa comprende ocho parroquias.

En julio de 1968, el Papa Pablo VI publica la Encíclica "*Humanae Vitae*", que prohíbe el uso de la píldora y los anticonceptivos modernos a los católicos, quienes deben optar solo por el método del ritmo, lo que cambia profundamente los programas de paternidad responsable patrocinados por la Iglesia.

Estos avances reciben un grave revés cuando en 1968, a través de un golpe de Estado toma el poder un gobierno militar de tendencia de izquierda bajo la Presidencia del General Juan Velasco Alvarado. El nuevo gobierno detiene los programas de privados de planificación familiar y en 1974 cierra completamente los programas de la APPF, que es clausurada y solo reaparecerá en 1976 con el nombre de Instituto Peruano de Paternidad Responsable, INPPARES, el gobierno solo permite la continuidad de las clínicas universitarias de Planificación Familiar del Hospital Loayza y la Maternidad de Lima. El gobierno cambia también los directivos del CEPD y termina con los programas de Planificación Familiar de esta institución y el Ministerio de Salud que se pone en manos de generales de la fuerza aérea, suspende los planes de abrir clínicas que

brinden el servicio en sus establecimientos. Estas decisiones constituyen un gran retroceso en el avance de dichos programas en el país, vulnerando el derecho de millones de peruanas y peruanos a decidir libre e informadamente cuándo y cuántos hijos tener. También durante el gobierno militar el gasto en salud desciende de 8 % en 1968, a 4 % en 1980 y solo se recupera parcialmente en los primeros años del siglo presente. Durante el régimen militar, se funda la Asociación Multidisciplinaria de Estudios de Población, AMIDEP, que mantiene vivo el interés en los problemas de población.

En 1975, el General Francisco Morales Bermúdez, depone al General Velasco e inicia la llamada segunda fase del gobierno militar que decide revisar la postura pro natalista del gobierno, y crea en el Instituto de Planificación una comisión encargada de elaborar un documento de política de población, el primero en su género en el país, miembro prominente de esta comisión es el economista, demógrafo y sacerdote jesuita Juan Julio Wicht. Los "Lineamientos de Política de Población" fueron aprobados en agosto de 1976 y tenían un enfoque integral de los problemas de población y desarrollo, pero carentes de objetivos y propuestas realizables no llevaron a programas concretos, en el documento se reconoce sin embargo que en relación a la fertilidad, la decisión final es de los padres de familia.

La democracia vuelve al país en 1980, con la elección del arquitecto Fernando Belaúnde Terry para un segundo período presidencial, el nuevo gobierno cumple con su propuesta de realizar una política multisectorial de población y crea el Consejo Nacional de Población como un organismo adscrito al Ministerio de la Presidencia y nombra como su primer Presidente al Dr. Carlos Muñoz Torcello, quien logra el concurso del Dr. José Donayre

como Secretario Ejecutivo. El Ministro de Salud, Dr. Uriel García Cáceres nombra al Dr. Luis Sobrevilla Director de Salud y Población y le encarga la organización de servicios de planificación familiar en el sector salud, para lo cual se elabora y publica las “Normas de Planificación Familiar” en diciembre de 1980 y se prepara y publica también las “Normas de prevención del embarazo de alto riesgo”, para precisar los casos en que se puede realizar una esterilización por causas médicas, una vez autorizados los documentos normativos. (14) Se inicia la capacitación de personal y organización de servicios de PF en todos los servicios del Ministerio y se establecen convenios con instituciones internacionales para la dotación de los insumos necesarios; dado el rol normativo del Ministerio para las instituciones prestadoras de servicios, también inician programas de PF los establecimientos de salud de la Seguridad Social. A comienzos de 1985, a instancias del CNP, el ejecutivo solicita al Congreso la formación de una Comisión Multipartidaria para la redacción de un proyecto de ley de población y en julio luego de su aprobación por consenso, se promulga la “Ley de Política Nacional de Población”.

Los programas de Planificación Familiar del sector público y privado continuaron su expansión durante el gobierno del Presidente Alan García de 1985 a 1990, durante el cual se adscribe el Consejo Nacional de Población al Ministerio de Salud y se crea una Comisión Presidencial de Población la que elabora un Plan Nacional de Población 1987-90 con participación multisectorial y en la Seguridad Social se crea un programa especial, bajo la Dirección del Dr. Alfredo Guzmán para ejecutar un Plan Nacional de Planificación Familiar. En las postrimerías del régimen, dos parlamentarios del Apra presentaron una propuesta de modificación de la Ley de Población para incluir la esterilización como

método anticonceptivo, proyecto que fue aprobado por la Comisión de Salud, aunque creó una gran controversia pública y la frontal oposición de la Iglesia católica y los grupos conservadores, por lo que no fue presentada al pleno.

En 1990 es elegido Presidente el Ingeniero Alberto Fujimori, quien pronto revela su interés en fortalecer los programas de Planificación Familiar con objetivos demográficos y de desarrollo, y su gobierno declara el año 1991 “Año de la Planificación Familiar” y se promulga el Plan Nacional de Población 1991-95 que tiene como metas reducir la tasa de natalidad a 2% y la tasa global de fecundidad a 3.3 %. Después de su re-elección en 1995, Fujimori asiste personalmente la Conferencia sobre los Derechos de la Mujer en Beijing donde manifiesta su apoyo al derecho de la mujer a controlar su fertilidad y critica la oposición de la Iglesia Católica al ejercicio de estos derechos. En 1995, el Congreso aprueba cambios en la Ley de Política de Población que incorporan la esterilización femenina y masculina como métodos de Planificación Familiar y el Ministerio de Salud inicia campañas de anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV) en sus servicios, con un importante apoyo internacional, Fujimori crea una oficina dependiente directamente de la presidencia para liderar el programa de AQV y se estima que cerca de 277 mil mujeres fueron esterilizadas durante las campañas. La oposición a este programa no se hace esperar y pronto surgen acusaciones de violación de derechos humanos, muertes y daños a la salud de las aceptantes, a nivel nacional e internacional y la controversia generada se mantiene vigente hasta nuestros días. (13) En 1996 el gobierno crea el Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano, PROMUDEH, al que se adscribe el CNP, que inicia un período de declinación; actualmente, este Ministerio se

ha convertido en el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, MIMP. Los últimos años del gobierno de Fujimori están marcados por una gran crisis política que termina con su renuncia el año 2000.

El gobierno de transición de Valentín Paniagua, el año 2000, restablece el orden en los programas de Planificación Familiar y aprueba la anticoncepción oral de emergencia, AOE, pese a la oposición de la Iglesia y los sectores conservadores.

Al asumir el gobierno el año 2001 el Presidente Alejandro Toledo nombra Ministro de Salud al Dr. Luis Solari, católico conservador que impulsa en el Ministerio planes estratégicos para el sector salud que limitan los derechos reproductivos y el acceso a los anticonceptivos modernos, le sigue en el Ministerio Fernando Carbone, que bajo la misma orientación conservadora continúa y amplía los planes de Solari, con efectos negativos en los servicios de Planificación Familiar. Los Ministros posteriores del gobierno de Toledo trataron de reparar los daños, pero el uso de métodos modernos decreció y los efectos de estos cambios de política han persistido hasta hoy.

El Dr. Alan García es re-elegido el año 2006 y sus Ministros de Salud continúan el apoyo a los programas de salud reproductiva y PF y el Ministro Oscar Ugarte defiende y consolida el uso de la anticoncepción oral de emergencia. En julio del 2010, a través de un Decreto Supremo, se aprueba un ambicioso "Plan Nacional de Población", elaborado por una Comisión multisectorial liderada por el MIMDES, hoy MIMP, con la asistencia técnica del UNFPA.

El gobierno del Presidente Ollanta Humala asume el poder en julio del 2011 y ha continuado el apoyo a las políticas de salud y población de su predecesor.

En cuanto al aporte de los programas de salud reproductiva y Planificación Familiar, desde su inicio formal en la década de los 1980's, se observa que la Tasa Global de Fecundidad (TGF) que en 1977 era de 5.2 hijos por mujer, desciende a 4.3 en 1986, a 3.5 en 1996 y el INEI estima en 2.3 hijos por mujer la TGF para el quinquenio 2010-15. En 1996 el uso de métodos anticonceptivos, incluyendo los de variada eficacia, llega al 61.3 % de las mujeres en unión y se amplía a 73.2 % el año 2009, llegando al 74.6 % según la ENDES 2014. En los últimos años, ha crecido el uso de métodos de Planificación Familiar entre las mujeres de las áreas rurales, que llega al 74.8 %, pero ellas usan predominantemente los métodos tradicionales, menos efectivos y que propician mayor número de embarazos por falla del método, así, el año 2000, el uso total de métodos era 69 %, con el 50 % usando métodos modernos y el 19 % métodos tradicionales, el año 2005, el uso de métodos modernos se reduce al 47 % y el de métodos tradicionales sube a 24 % y esta tendencia se mantiene. Las encuestas también muestran que entre los métodos modernos, el más utilizado es la inyección en tanto que el uso del DIU, la píldora y la esterilización se han reducido proporcionalmente. (6) Al 2014, el Perú seguía siendo uno de los países de América Latina con los niveles más bajos de uso de métodos modernos entre las mujeres en unión.

6. LOS CAMBIOS DEMOGRÁFICOS.

En los últimos cincuenta años, el Perú ha experimentado una rápida transición demográfica:

- La tasa bruta de mortalidad pasó de 22.5 defunciones por mil habitantes en 1950, a 5.6 del 2015, aunque debido al cambio en la estructura de edades, es decir el envejecimiento, en las siguientes décadas este nivel tenderá al aumento.

- La tasa de natalidad pasó de 48.6 en 1950 a 18.6 el 2015.
- La tasa de mortalidad infantil ha descendido de 159 por mil nacidos vivos en 1950, a 17 el año 2012 (según la ENDES 2014).
- El incremento en la esperanza de vida, que pasó de 45 años en las mujeres y 43 en los hombres en 1950 a 77.8 años en las mujeres y 72.5 años en los hombres en el quinquenio 2015-2020.
- El descenso en la tasa global de fecundidad, que pasó de 6.8 hijos por mujer en 1950 a 2.4 en el 2014.

Como resultado de estos cambios, la proporción de la población que se encuentra entre los 5 a los 15 años es cada día menor y la población en edad de trabajar ha aumentado proporcionalmente creando un “bono demográfico” que favorece la economía y el desarrollo.

También se ha producido en las últimas décadas un intenso proceso migratorio interno del campo a la ciudad y hoy el Perú es un país donde la población urbana alcanzó el 76% en estos años.

El proceso migratorio internacional ha sido también muy grande y se estima que, desde 1990, 2.5 millones peruanos y peruanas viven en el extranjero.

La población del país continuará creciendo como fruto de la inercia demográfica por los grupos etarios jóvenes que llegan a la edad reproductiva, además, las mujeres de las capas de población con menor nivel educativo y de bajos ingresos mantienen mayores niveles de fecundidad.

7. ALGUNAS PROPUESTAS.

Las proyecciones demográficas muestran que aunque a tasas menores, la población del Perú

continuará creciendo algunas décadas más, por lo tanto, es importante ampliar la cobertura de los servicios de salud con la meta de que cubran a toda la población. La cobertura de EsSalud continuará creciendo en base al crecimiento económico y a la formalización de las empresas, pero este proceso será lento y limitado.

Se requiere como estrategia complementaria, ampliar el acceso de la población al SIS, facilitar y agilizar la ampliación del SIS a los trabajadores y empresas informales y mejorar su coordinación con EsSalud a todos los niveles, así como se requieren estudios que definan las estrategias y procesos que permitan resolver los problemas administrativos y de comunicación entre ambas. (4)

El gasto en salud, a una tasa de 5.3 %, es uno de los menores de la región y aproximadamente el 30 % se financia por gasto de los usuarios, por ende se requiere que el gobierno continúe invirtiendo más en salud, dirigiendo los recursos a ampliar la infraestructura, distribuir mejor los recursos humanos mediante incentivos salariales y mejores condiciones de empleo y capacitación. Dado que las poblaciones menos educadas y más pobres son las que más carecen de servicios, ellas deben ser receptoras prioritarias de la ampliación del gasto estatal.

Un énfasis en la salud materno-infantil y la salud sexual y reproductiva debe ser prioritario en las políticas y programas de salud. Las encuestas ENDES y los estudios sobre mortalidad materna y aborto clandestino, muestran que la mortalidad materna es una de las más elevadas de la región, y señalan claramente que el embarazo no deseado, que se da sobre todo en las mujeres pobres y menos educadas, es uno de los mayores determinantes de la mortalidad vinculada al embarazo, parto y puerperio. El Perú inició tarde los programas de planificación familiar y ellos han tenido grandes altibajos

políticos, las encuestas demuestran que si bien se ha incrementado significativamente el uso de métodos anticonceptivos, son nuevamente las mujeres pobres y menos educadas las que usan mayoritariamente métodos tradicionales, los que tienen más fallas que terminan en embarazos no planificados, los que conducen al aborto con todos sus riesgos. También cabe mencionar que en los últimos años, el uso de métodos modernos se ha desplazado hacia los inyectables, con reducción en el uso del DIU, la píldora y la esterilización. Además, por cierto, de la introducción de nuevos métodos. Es por lo tanto muy importante fortalecer e impulsar los programas de Planificación Familiar, desde un enfoque de derechos, y para esto se requiere programas de capacitación de personal, de provisión adecuada de insumos y de educación de la población, para promover un mejor equilibrio en el uso de métodos anticonceptivos modernos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Centro de Estudios de Población y Desarrollo. Primer Seminario Nacional de Población y Desarrollo, Paracas, Diciembre, 5-11-1965, Documentos, CEPD, 1965.
2. Políticas y Programas de Población en el Perú, del Debate a la acción, J. Donayre, R. Guerra-García, L. Sobrevilla, Lima, Octubre 2012.
3. Ley de Política Nacional de Población, Decreto Legislativo No. 346, Perú 1985, Consejo Nacional de Población, 1985.
4. Vermeersch Ch, et. al. Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development. Country Summary Report for Peru. World Bank Group Report, September 2014.
5. Ministerio de Salud. Principales causas de mortalidad por sexo 2012. Accesible a través de <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/Mortalidad/Macros.asp?00>, fecha de consulta, 04-07-15.
6. Banco Mundial. Gasto en Salud (%): <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS> (acceso al 04-07-15).
7. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES, Instituto Nacional de Estadística e Informática, 1986-2014, Perú.
8. Del Carpio L. Situación de la mortalidad maternal en el Perú, 2000-2012. *Rev Per Med Exp Salud Pública* 2013; 30 (3): 461-464.
9. Ministerio de Salud, UNFPA. La mortalidad materna en el Perú, 2002-2011. Lima, 2013.
10. Ferrando D. El aborto clandestino en el Perú. Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, Lima, 2006.
11. Necochea R. A History of Family planning in Twentieth-Century Peru, R. Necochea, The University of North Carolina Press, 2014.
12. Eig J. The birth of the pill, W. Norton, 2014.
13. Sobrevilla D, Donayre J, Moncloa F, Guerra-García R (eds.). Población y Altitud, Simposio auspiciado por el CEPD, IIA, UPCH Abril 1965.
14. Normas de Planificación Familiar, Ministerio de Salud, Lima, Perú, Diciembre 1980.

CORRESPONDENCIA:

Dr. Luis Sobrevilla Alcázar
e-mail: lasobrevilla@gmail.com