

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

E.A.P. DE SOCIOLOGÍA

**Políticas sociales en salud para personas adultas
mayores y ciudadanía en Lima Metropolitana: Período
1990-2008**

TESIS

para optar el título profesional de Licenciado en Sociología

AUTORA

Jenny Juana Calderón Miní

Lima – Perú

2010

TESIS

**POLÍTICAS SOCIALES EN SALUD PARA
PERSONAS ADULTAS MAYORES Y
CIUDADANÍA EN LIMA METROPOLITANA**

PERÍODO 1990 - 2008

DEDICATORIA

A mis abuelos Jacinto y Sofía, mis grandes amores en la vida, porque con su dedicación y cariño hicieron de mí lo que hoy soy.

A mis abuelos Pedro y Juana, por enseñarme todo lo que con trabajo y honestidad se puede conseguir.

A los líderes Adultos Mayores de ANAM PERÚ, mi principal inspiración en este estudio y los verdaderos artífices de un futuro para todas las edades.

ÍNDICE GENERAL:

INTRODUCCIÓN	9
PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	13
1. Descripción del problema:	13
1.1. Salud Pública y Ejercicio de Ciudadanía:	
1.2. Salud Pública y Derechos Humanos:	
a) Cobertura en los servicios de salud.	
b) Calidad en los servicios de salud.	
c) Asistencia alimentaria y nutricional.	
1.3. Ejercicio de Ciudadanía desde la práctica social:	
2. Metodología de la Investigación	29
2.1. Preguntas de investigación	
2.2. Objetivos e Hipótesis	
2.3. Metodología	
CAPÍTULO I:	
IMPACTO DEL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL EN EL DESARROLLO DE LAS POLÍTICAS SOCIALES EN SALUD	37
1. Transformación Demográfica y Políticas de Salud en Lima Metropolitana durante el período 1990 – 2008.	
1.1. Ausencia de un Proyecto Nacional de Desarrollo y sus consecuencias en las condiciones de vida de la población Adulta Mayor.	
1.2. Rol del Estado y Políticas en Salud en el contexto de la globalización	
1.3. Características Sociodemográficas y Políticas en Salud a mediano y largo plazo.	
2. Participación Social y Derecho a la Salud en Lima Metropolitana.	63
3. Investigaciones vinculadas con el desarrollo del estudio.	64

3.1.	Estudios Generales	
3.2.	En América Latina	
4.	Base jurídica y normativa nacional e internacional vinculante con la población adulta mayor.	72
4.1.	Las Normas Internacionales y las Personas Adultas Mayores:	73
4.2.	Normas nacionales a favor de las Personas Adultas Mayores.	78

CAPÍTULO II:

TRANSFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y ACTORES SOCIALES EN EL ESCENARIO DE LA SALUD PÚBLICA	91
1. Concertando entre actores: MIMDES y su papel como ente rector en el diseño e implementación de políticas a favor de las Personas Mayores. La Comisión Multisectorial.	92
2. ESSALUD y su programa especializado dirigido a la población Adulta Mayor como iniciativa pionera de atención a este sector poblacional.	98
3. El Ministerio de Salud y su experiencia en el desarrollo de políticas sanitarias orientadas a la atención de la población Adulta Mayor.	104
4. Rol de la Universidad Peruana e implicancias del Envejecimiento Poblacional en la salud de la población Adulta Mayor:	108
5. El Foro de la Sociedad Civil en Salud – FOROSALUD y sus iniciativas reformistas e inclusivas para un cambio en la política sanitaria nacional. La experiencia en las acciones de vigilancia ciudadana en salud con población Adulta Mayor.	112

CAPÍTULO III:

PARTICIPACIÓN ORGANIZADA DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES EN LOS ESPACIOS DE DECISIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS.	117
1. La organización de las Personas Adultas Mayores del Perú: Una experiencia de construcción social como	118

- soporte para el ejercicio efectivo de ciudadanía y recreación de nuevas formas de representación.
2. Ciudadanía y Protagonismo social en el contexto de la Transformación Demográfica y su impacto en las Políticas de Salud: Las Personas Adultas Mayores como sujetos sociales frente al Estado.
 3. El trabajo asistencial desde un enfoque paternalista y controlista: CAM de Essalud, CAM Municipales y parroquiales. 134

CAPÍTULO IV: MARCO TEÓRICO

CONTRIBUCIÓN TEÓRICA DE PIERRE BOURDIEU A LA COMPRENSIÓN DEL ENVEJECIMIENTO COMO FENÓMENO SOCIAL 137

1. El constructivismo estructuralista de Pierre Bourdieu como estrategia metodológica en la formación de una conciencia crítica para el desarrollo de Políticas Sociales inclusivas
2. El Envejecimiento Poblacional desde la perspectiva teórica de Pierre Bourdieu. 141

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN 153

1. Políticas Públicas en Salud y deficiente papel del Estado 156
2. Retroceso en la calidad de la salud: Excesiva demanda de los servicios de salud y reducida oferta del Estado. 160
3. Bajo reconocimiento de la salud como derecho.
4. Rol limitado de los Centros Académicos Universitarios en el desarrollo de políticas públicas en salud. 168

173

PROPUESTAS PARA LA GENERACIÓN DE REFORMAS HACIA UN FUTURO PARA TODAS LAS EDADES

- | | |
|--|-----|
| 1. Desarrollo Humano y Universalización de la Salud en la Agenda Política. | 177 |
| 2. Estado y Sociedad Civil: concertando compromisos para un Nuevo Pacto Social en Salud inclusivo y participativo. | 179 |
| 3. Protagonismo Ciudadano y posibilidades para la concertación de cambios en el ejercicio de derechos en salud. | 185 |
| 4. El papel de los centros académicos, ¿Promotores de una Nueva cultura política con Democracia Política?. | 188 |

CONCLUSIONES

191

Bibliografía

195

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población peruana se va mostrando como un tema de creciente interés entre la población. No obstante, sólo ha logrado relativa importancia en la agenda pública nacional a través de Políticas Sociales, normada por la Ley N° 28803 desde julio del 2006 y contenidas en el Plan Nacional 2006 - 2010, siendo además notorio el esfuerzo de las Personas Mayores para institucionalizar su práctica social y alcanzar el estatus de referente social como manifestación de su condición de ciudadanos. La característica central de vulnerabilidad en la vejez y ausencia de Políticas de Estado para una auténtica Seguridad Social y sistemas de protección institucionalizados complementarios son algunos de los aspectos que marcaron nuestra decisión de profundizar en el conocimiento de la vejez y el envejecimiento como temas de interés para las Ciencias Sociales. A partir de esta visión se ha identificado a la relación vinculante entre Políticas Sociales en Salud y el sujeto social como motivo central para la investigación realizada. En ese sentido, nuestra apreciación se complementa con lo establecido en la normatividad vigente, que identifica a este sector de población (Particularmente la Ley 28803 - Ley del Adulto Mayor¹) y define a la Persona Adulta Mayor como aquella que se ubica en el rango de edad a partir de los 60 años, acatando la definición que establece Naciones Unidas al respecto.

La referencia del concepto de Desarrollo para un país como el Perú, la identificación de aspectos constitutivos que aseguran su integralidad y su

¹ Diario Oficial "El Peruano". Ley N° 28803. Artículo 2°. *Entiéndase por Personas Adultas Mayores a todas aquellas que tengan más de 60 años de edad.* Julio 2006.

relación con los problemas sociales que afectan a la población adulta mayor forman parte del análisis que se ha realizado. Ciertamente existe relación directa entre Desarrollo y Políticas Públicas porque ambas representan condiciones esenciales que garantizan la vida y el disfrute de beneficios universales que otorga el Estado para todos los peruanos sin excepción ni distinción de nada. En ese sentido, un aspecto referido a la condición humana e indispensable para la promoción del desarrollo y la vida plena entre los miembros de una sociedad, siempre será la de salvaguardar su derecho a la Salud asegurándole condiciones mínimas para ese fin. Por ser la Salud un Derecho Humano se reconoce la socialización de sus beneficios *como un derecho de todos* y que debe darse en igualdad de condiciones para toda persona.

La Salud entonces es más que un elemento indispensable para garantizar el pleno Desarrollo como postula Naciones Unidas (NNUU 1992:21). Representa una de las más importantes aspiraciones en todo ser humano, pues sabemos bien que sin ella de nada le sirve los logros que pueda alcanzar ni las capacidades con las que pueda contar para lograr este pleno desarrollo como sujeto social y en su relación con la sociedad pues ¿Cómo podría hacer uso efectivo de esas capacidades si su condición de salud no es óptima? Y al no poder utilizar estas capacidades ¿Cómo podrá alcanzar un verdadero desarrollo tanto a nivel individual como en sociedad?

Luego del estudio realizado se ha podido llegar a conclusiones que permiten confirmar la visión arraigada en el imaginario social entre el común de la población, en la certeza (Bernstein, 1983: 20) de que aún no es realmente posible el acceso equitativo a una adecuada y eficiente atención en salud en nuestro país.

Más aún cuando esta situación es evidenciada en la relación desproporcionada que existe entre una *demanda* creciente desde la población y la *oferta* considerablemente limitada desde el Estado que afecta sobre todo a los sectores considerados vulnerables, como niños, mujeres; particularmente las Personas Adultas Mayores, quienes constituyen uno de los sectores poblacionales más desatendidos en lo que se refiere a salud debido a las características biológicas propias de su edad y las condiciones excluyentes que han marcado los programas sociales del Estado los últimos 20 años. Por consiguiente, la atención al fenómeno del Envejecimiento Poblacional en este aspecto es crucial y conlleva el desarrollo de políticas sociales y públicas en salud inclusivas y acordes con la tendencia y los cambios producidos en la composición por grupos de edad entre la población; cambios que deberán permitir reconocer el proceso de Envejecimiento como una tendencia que influye cada vez más en la pirámide poblacional.

Frente a estos cambios, la participación de las Personas Mayores a través del ejercicio de ciudadanía constituye un factor muy importante para el desarrollo de políticas en salud basadas en el sentido de equidad y verdaderamente eficientes. Los procesos de construcción de políticas públicas y sociales en todos los campos, que se han dado los últimos años tanto desde la esfera del Estado como de la Sociedad Civil, constituyen un escenario que va permitiendo hacer visible la presencia de las Personas Adultas Mayores como sujeto social, el cual interactúa desde su lógica y capacidad movilizadora, definiendo su práctica social vinculada al tema de la salud como caso específico de atención. De esta manera, hacemos notar que toda política social se basa, antes que nada, en una política pública, es decir en *“un conjunto de criterios que orientan el comportamiento*

del Estado” (Béjar, 2005:22) y son definidas según Koontz y Weidrich (Béjar, 2005:20), a través de procesos que suponen el consenso.

En ese sentido, para nuestro caso estaríamos refiriéndonos a la necesidad del consenso como resultante del ejercicio de ciudadanía que deben establecer o alcanzar en su práctica social todos los sectores involucrados con el fenómeno del Envejecimiento Poblacional o Transición Demográfica, y que deberá incluir sin duda a las propias Personas Mayores. Para ello hemos tomado en cuenta como definición que *“La ciudadanía es la condición del hombre moderno. Este se caracteriza por ser una persona con derechos y responsabilidades en su relación con el Estado y la comunidad política.”* (López, S. 1997:29). Sin embargo, esta definición podrá ser válida en la medida en que se reconozcan y se superen las marcadas desigualdades existentes sobre todo en sectores sociales tan marginales y encasillados en condiciones de exclusión, como es el caso de la Población Adulta Mayor. Esto concuerda con los argumentos que fundamenta Sinesio López Jiménez, sociólogo y profesor universitario:

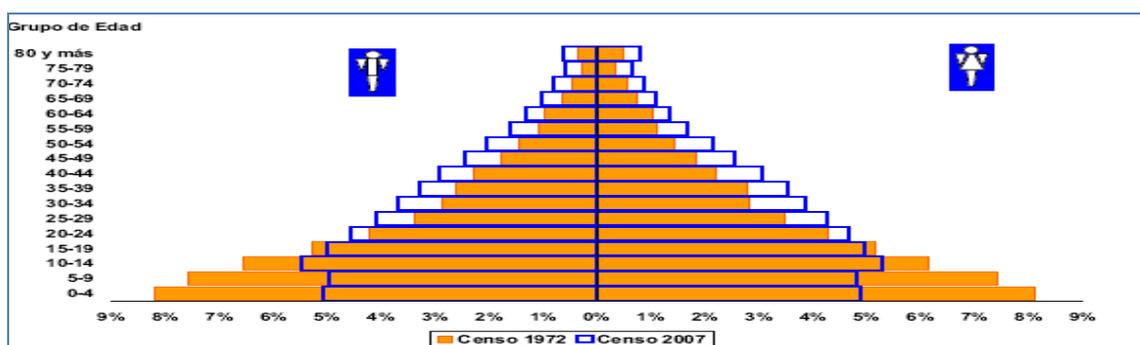
“...el carácter inacabado del proceso de formación de la ciudadanía en el caso peruano se debe a las limitadas condiciones económicas y políticas en que ella ha surgido y,... que ofrece pocas y frágiles garantías a los ciudadanos. Las deficiencias en la formación de la ciudadanía en el Perú se expresan en la acentuada desigualdad de ésta, que hace que unos peruanos sean más ciudadanos que otros, en el acceso desigual al conjunto de los derechos civiles, políticos y sociales, lo que determina una alta inconsistencia ciudadana, así como la existencia de diversas brechas ciudadanas: sociales, regionales, rural – urbanas, de género y étnicas” (López, S. 1997:29 y 30).

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1. Descripción del problema:

La población peruana viene atravesando en estos últimos años un acelerado proceso de envejecimiento que está cambiando la estructura poblacional de nuestro país, a tal punto que cada vez son más las personas que se ubican en el sector correspondiente a la población Adulta Mayor, hecho que se debe sobre todo a factores demográficos importantes como la disminución de la tasa de mortalidad y el aumento de la esperanza de vida. Así, en este proceso se presenta un incremento sostenido de la población Adulta Mayor, tal como lo señalan datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática según los cuales, las Personas Mayores llegan a constituir una población de 2 millones 495 mil 643 personas en la actualidad, representando el 9,1% de la población total (INEI 2008:48).

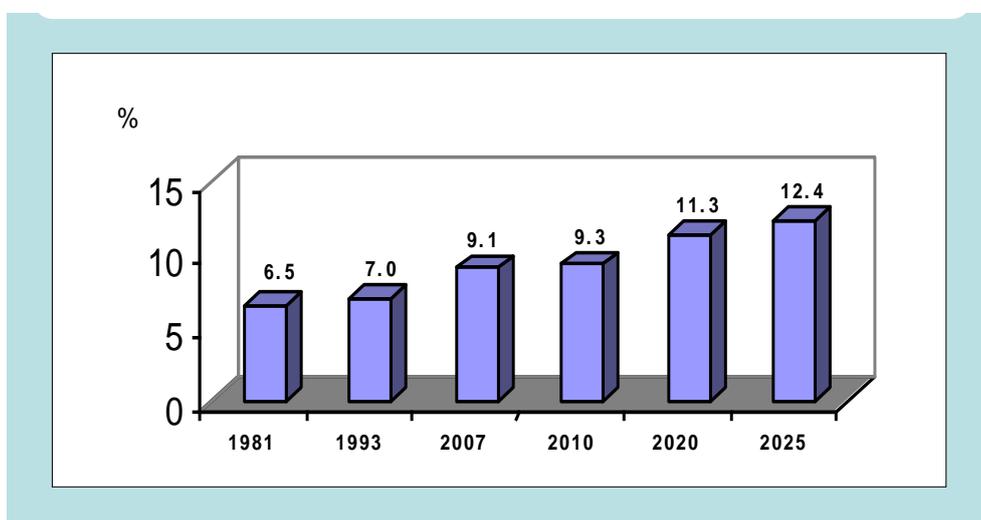
Gráfico 1
PERÚ: ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN,
CENSOS 1972 Y 2007 (INEI, 2008:49)



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

En base a dicho crecimiento sostenido se espera que para el 2025 alcancen una cifra de 4 millones 462 mil personas, que en *terminos relativos significaría el 12,4% de la población total del país* (INEI, 2007:27). De ellas, el 75,9% (INEI, 2008:20) habitan en zonas urbanas, siendo Lima con 824 mil 909 adultos mayores uno de los departamentos con mayor concentración de esta población (INEI,2008:48).

Gráfico 2
PORCENTAJE DE POBLACIÓN
DE 60 Y MÁS AÑOS DE EDAD, 1981, 1993, 2007, 2010, 2020 Y 2025



Fuente:

INEI 2007. "Perú: Estimaciones y Proyecciones de la Población Total, por Años Calendario y Edades Simples, 1950-2050.

Este fenómeno, resultado del proceso de Transición Demográfica, al definir una nueva estructura de edades, constituye una realidad que debe ser tomada en cuenta por el Estado debido a que no sólo tendrá implicancias en lo que se refiere a estructura demográfica sino que además señala una tendencia cada vez mayor en cuanto a demanda de servicios sociales, planteando así la necesidad de definir políticas públicas concertadas y sostenibles, acordes con las exigencias de este nuevo y emergente elemento en el escenario nacional.

En ese sentido, las políticas deben estar orientadas no sólo a amortiguar el impacto que dicho fenómeno tenga a nivel social y económico bajo un criterio asistencial que atiende sólo lo que de manera superficial se ve, sino que además deberán contribuir a generar formas inclusivas de participación que ayuden al ejercicio de ciudadanía entre las mismas Personas Adultas Mayores en los escenarios donde se discutan y definan, si verdaderamente queremos que estas hagan frente a las principales necesidades y problemas que dicha población afronta.

De esta manera, tal como se señalaba en la introducción, hay que considerar que en el desarrollo de las políticas sociales es de gran importancia alcanzar la práctica del CONSENSO entre los sujetos sociales pues, las *políticas sociales* como conjunto de criterios que orientan el comportamiento del Estado y la participación de todos los actores involucrados con la problemática en cuestión, son definidas a través de este mecanismo de convergencia (el consenso) en la búsqueda de condiciones favorables para el desarrollo de políticas en salud más eficientes e inclusivas. Al respecto, la Dra. Sarah Vega Sánchez, Presidenta de la Comisión Multisectorial del MIMDES durante el periodo 2007 – 2008, sostenía que:

“La implementación de políticas creo que no debe ser vista como una responsabilidad exclusiva del gobierno. Tiene que ser vista desde sus diferentes ángulos como una responsabilidad compartida entre el gobierno (que tiene que poner lo suyo porque no le estoy negando responsabilidad), las organizaciones de la sociedad civil y los propios sectores, en este caso los Adultos Mayores”.
(Entrevista 2, Dra. Vega S. –MIMDES)

1.1. Salud Pública y Ejercicio de Ciudadanía:

Para nuestro caso estaríamos refiriéndonos a la necesidad del consenso como manifestación del ejercicio de ciudadanía que deben establecer o alcanzar en su práctica social todos los sectores involucrados con el fenómeno del Envejecimiento Poblacional, y que deberá incluir sin duda a las propias Personas Mayores. Para ello hemos tomado en cuenta como definición que *“La ciudadanía es la condición del hombre moderno. Este se caracteriza por ser una persona con derechos y responsabilidades en su relación con el Estado y la comunidad política”* (López, S. 1997:39). Dicha definición, citada también en la parte correspondiente a la introducción, es válida en la medida en que se reconozca la existencia de marcadas desigualdades sobre todo en sectores sociales tan marginales y encasillados en condiciones de exclusión, lo cual es visible entre las poblaciones vulnerables, principalmente en el caso de las Personas Mayores.

Partiendo de esto es que volvemos la mirada hacia la forma cómo se han venido definiendo e implementando las Políticas de Estado a nivel sanitario, con la finalidad de conocer qué aspectos de ella deben ser mejorados y/o modificados para lograr políticas públicas en salud cada vez más eficientes. En ese sentido, es necesario que, tanto decisores políticos, como intelectuales y demás miembros de la Sociedad Civil involucrados en el tema junto al actor principal de la presente investigación, las Personas Mayores, puedan articular esfuerzos orientados a afrontar el impacto del fenómeno demográfico en las condiciones actuales de salud, teniendo como objetivo garantizar Políticas Públicas sostenibles y viables en el tiempo.

De esta forma las políticas, *como declaraciones o interpretaciones que guían o encauzan el pensamiento de los actores para la toma de decisiones* (Béjar, 2005:18), sustentan el comportamiento de los mismos, razón por la cual podemos decir que *cuando existe un comportamiento generalizado de los funcionarios del Estado y la población de un país, eso equivale a una cultura y se convierte en una política* (Ibíd.). Así, veríamos que existe una política explícita, escrita en los documentos y que está orientada a la mejora de las condiciones de vida de la población mayor, pero que de forma tácita y en la práctica mantiene una naturaleza excluyente y asistencial pues no están vinculadas realmente al ejercicio de ciudadanía y los derechos, *lo cual supone una relación de solidaridad entre iguales antes que la asistencia social* (Béjar, 2005:17) de unos sobre los otros.

Sobre este aspecto podríamos detenernos un momento para explicar esta relación / vinculación entre política y cultura, la cual se encuentra directamente vinculada con lo que denominaremos CAPITAL SIMBÓLICO. Este concepto, ampliamente desarrollado por el sociólogo francés Pierre Bourdieu en gran parte de sus obras, es definido como una,

“...propiedad cualquiera, fuerza física, valor guerrero que, percibida por unos agentes sociales dotados de las categorías de percepción y valoración que permiten percibirla, conocerla y reconocerla, se vuelve simbólicamente eficiente, como una fuerza mágica: Una propiedad que, porque responde a unas “expectativas colectivas”, socialmente constituidas, a unas creencias, ejerce una especie de acción a distancia, sin contacto físico” (Bourdieu 1997 a: 171 y 172)

En ese sentido, el capital simbólico incide en el comportamiento generalizado de los diferentes actores involucrados en la problemática en cuestión, sean tanto públicos y privados como de la Sociedad Civil y es producto de la acción

socializadora y formativa generada principalmente a través de la educación. De esta manera, la Teoría de la Violencia Simbólica de Bourdieu (1980:173), explicaría por qué razón muchas veces la dominación, las diferencias sociales y las desigualdades serían percibidas como algo natural por las colectividades, pues dependiendo de su ubicación en los diferentes **CAMPUS SOCIALES**, definidos como *“universos sociales relativamente autónomos en los que se desarrollan conflictos específicos entre los agentes involucrados”* (Bourdieu 1997 b: 84); cada sector, consideraría que tiene o es beneficiario de determinados derechos. Además, la violencia simbólica se encuentra también cargada de un fuerte componente ideológico que en la década de los 90 tendría como base al neoliberalismo. Esto ayudaría a explicar la focalización de la atención a algunos sectores vulnerables, como niños y mujeres desde visiones reduccionistas del derecho, así como la exclusión implícita que se hace con la población Adulta Mayor.

Entendemos entonces por qué, pese a lo evidente de la situación, la problemática del Envejecimiento poblacional no ha sido aún incorporada en su totalidad en la Agenda Pública. Ciertamente ha habido avances significativos en cuanto a una mayor apertura hacia la participación de la población Adulta Mayor en las decisiones que se tome respecto a ella, pero aún así resulta ser insuficiente. Y aunque muchos gobiernos regionales han mostrado su disponibilidad para un trabajo concertado, lo cierto es que en el caso de Lima Metropolitana, el abordaje del problema se sigue dando de manera asistencial y sin una verdadera inclusión de la población Adulta Mayor organizada, lo cual refleja el enfoque vertical que existe en la acción gubernamental cuyo resultado ha sido la incapacidad de

generar bases para la formulación de políticas regionales en la capital² (Congreso de la República, 2002: 12) referidas al tema, que sean el auténtico reflejo de las necesidades y requerimientos de las Personas Adultas Mayores - PAMs limeñas. Prueba de ello es que como parte de las políticas sobre Envejecimiento Poblacional para Lima Metropolitana sólo se tiene un Programa del Adulto Mayor que depende en todos los sentidos de Gerencia de Desarrollo Social del mencionado municipio, careciendo completamente de autonomía.

En ese sentido Lima Metropolitana, como capital de la República (Con casi 07 millones de habitantes) y representando un porcentaje cercano al tercio de la población nacional, a la vez que concentrando lo principal de la administración pública y los servicios,

tiene un gran significado en el diagnóstico del crecimiento poblacional y sugiere la necesidad de una visión objetiva del contexto limeño dentro del cual se va dando la movilización de organizaciones sociales en busca de nuevos niveles de liderazgo, representatividad social y capacidades renovadas de protagonismo ciudadano frente a los desafíos del Envejecimiento Poblacional. (Calderón; Cáceres, 2008: 06)

Hay que considerar que hasta el momento nuestra metrópoli, con sus 42 distritos limeños articulados a una centralidad provincial, no da aún signos de avanzar a una mayor definición de Políticas Públicas de carácter regional como manifestación del desarrollo de experiencias de democracia participativa. Las iniciativas referidas a la intervención de las Personas Mayores organizadas en los procesos de convocatoria y aprobación para los Presupuestos Participativos o

² Aclarando que se habla de políticas regionales en Lima Metropolitana en base a la condición que esta tiene como región según la Ley de Bases de la Descentralización N° 27783, promulgada el 17 de julio del 2002.

cualquier otro tema de interés general para la población Adulta Mayor quedan expuestas al libre albedrío de la gestión particular que cada municipio ejecuta.

En este contexto, el tema de la salud constituye, para este sector, uno de los principales problemas por afrontar y representa también uno de los temas más sensibles y menos atendidos por el Estado. Si revisamos la historia del desarrollo de las políticas en salud diseñadas en nuestro país y dirigidas a este sector, podremos ver que, efectivamente, se han caracterizado por acentuar las situaciones de maltrato y exclusión alrededor de este sector poblacional a pesar de ser considerado vulnerable debido a las características físicas, sociales y económicas que presenta. Esto explicaría lo ineficientes que han sido estas políticas no sólo a lo largo del período descrito sino también en las diferentes etapas del desarrollo de la salud pública en el país.

1.2. Salud Pública y Derechos Humanos:

Los Derechos Humanos se definen como “el conjunto de facultades e instituciones que en cada momento histórico, concretan las exigencias de la dignidad, la libertad e igualdad humana, las cuales deben ser reconocidas positivamente por los ordenamientos jurídicos a nivel nacional e internacional” (Pérez, 2003: 30). Desde esta perspectiva, los derechos humanos garantizan a las personas la convivencia y el bienestar; así, estos derechos logran “empoderar” a las personas de tal manera que sean capaces de conducir sus propias vidas y que no sean los sistemas los que terminen conduciéndolas (CIES, 2004: 14).

El ejercicio de los derechos humanos por parte de las personas tiene como contrapartida las responsabilidades de los Estados, las mismas que están definidas como “obligaciones”. Tomando en consideración este aspecto, la obligación puede resumirse en tres principios básicos: i) lo que el Estado puede hacer, ii) lo que el Estado no puede hacer y iii) lo que el Estado debe hacer para que sus ciudadanos y ciudadanas ejerzan sus derechos. Desde esta perspectiva, existe un amplio corpus jurídico que ha adoptado la comunidad internacional, el mismo que debe traducirse en las legislaciones nacionales. Según la definición de la Organización Mundial de la Salud, la salud es un “estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad” (OMS, 1948: 100).

A este respecto, la Revolución Industrial ocurrida en Europa influyó significativamente; una de las consecuencias de la industrialización de la sociedad fue el establecimiento de condiciones insalubres de trabajo y vivienda, que ocasionaron graves problemas de salud, los cuales exigieron que se tomen medidas de salud pública. En Inglaterra se creó un importante movimiento de salud pública.

A partir del siglo XIX, esta visión comienza a modificarse por la confluencia de diversos factores: el desarrollo de la ciencia médica, la expansión de los derechos civiles, el surgimiento de la noción de “derechos sociales” y la complejidad que fue alcanzando el Estado, tanto en términos de organización como de funciones. Ello supone que además de cumplir con la responsabilidad de mejorar las condiciones ambientales para garantizar a la población una vida saludable - saneamiento, distribución de alimentos, regulación de condiciones de trabajo—,

también se debe atender la salud de grupos que están en condiciones de vulnerabilidad.

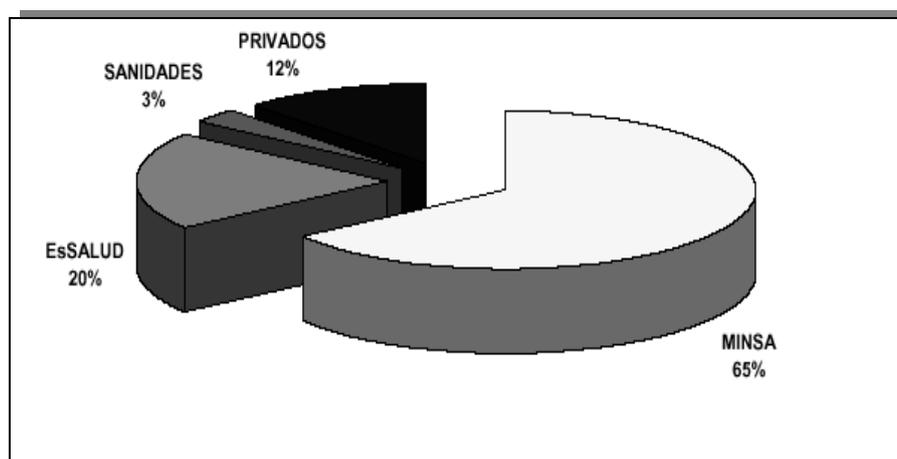
La clasificación de los derechos humanos por “generaciones” trajo como consecuencia una jerarquización de los mismos que introdujo diferencias significativas en la caracterización de cada grupo de derechos, pues mientras los Derechos Civiles y Políticos fueron definidos como inmediatamente exigibles, los Derechos Económicos, Sociales y Culturales – DESC, quedaron reducidos a aspiraciones programáticas de las sociedades. De esta manera, se relativizaron las obligaciones de los Estados. Al respecto, la Sra. Rosa Jaime, ex directiva de la Red ANAMPER ilustra a través del presente comentario esta situación:

“He visto que la mayoría de las personas mayores que tenían una familia con escasos recursos, lamentablemente ellos solamente se hacen a un lado. De repente van a la posta, de repente toman una pastillita, pero ahí queda. Y...tampoco podría, pienso yo, reclamarse a estos jóvenes, si ellos mismos están tratando de sobrevivir con una carga de familia, con la educación de sus niños. En alguna ocasión yo escuché de una familia decir a un Adulto Mayor “¿Qué es lo que tú piensas; que es lo que tú piensas que debo de decidir? Si te doy a ti, no le doy a mi hijo. Ahora tú decides”. Entonces el abuelo que dijo “dale a tu hijo”. Me parece que esto es una cosa muy grave. El Estado tiene, tiene que intervenir”
(Entrevista 1: Sra. Jaime – Asociación Nacional de Adultos Mayores del Perú)

Esta división explica en parte el retraso en la incorporación de los derechos humanos en el campo de la salud, lo que se ha hecho evidente no sólo en la producción del conocimiento sino también en el propio desarrollo de las políticas públicas.

El sistema de salud del Perú muestra un inadecuado desempeño global desde hace décadas. Según la evaluación de la Organización Mundial de la Salud, publicada en el Informe sobre la Salud en el Mundo del año 2000, nuestro país, por el desempeño global del Sistema de Salud, se ubica en el puesto 129 entre los 191 países estudiados. En lo que respecta al logro de metas, ocupa el penúltimo lugar (OMS, 2004: 88). Durante la década pasada el Ministerio de Salud no alcanzó el liderazgo, produciéndose una fragmentación intrasectorial por la presencia de programas y proyectos financiados con cooperación externa que actuaban paralelos a las estructuras formales de dirección, planificación y administración del nivel central y de las direcciones regionales (Ibíd.).

Gráfico 3



Segmentación del sector Salud, Perú 2002.

Fuente: Lineamientos de Política Sectorial para el periodo 2002 – 2012, MINSA.

En ese sentido, el Informe presentado por el Perú a la Segunda Conferencia Intergubernamental realizada en Brasilia (MIMDES, 2007a), refiere que, además de las atenciones que reciben las Personas Mayores desde el MINSa y Essalud,

también existe un porcentaje significativo de ellas que son atendidas en los Hospitales y Clínicas Geriátricas de las Fuerzas Armadas y Policiales, las cuales les proporcionan a sus usuarios Adultos Mayores acceso gratuito a medicamentos y servicios de rehabilitación. Así, en el año 2003 el Centro Geriátrico Naval atendió a 17,500 Personas Mayores y en el año 2006 a aproximadamente 18,300 personas. Por su parte, en el Centro Geriátrico de la Fuerza Aérea, entre los años 2005 y 2007, se atendieron anualmente a aproximadamente 3,000 personas.

A nivel de la Dirección de Salud de las Fuerzas Armadas, los Centros Geriátricos de la Fuerza Naval y Fuerza Aérea, a partir del año 2003 y el Hospital Geriátrico del ejército en marzo del 2007; han implementado servicios de atención domiciliaria. En el año 2003 ambos Centros geriátricos atendieron a 86 y 123 atenciones domiciliarias; para el año 2006 los niveles de atención domiciliaria se habían incrementado a 204 y 283 atenciones, respectivamente.

Por su parte, el Hospital Geriátrico de la Policía Nacional del Perú "San José" brinda el servicio de atención domiciliaria geriátrica (ADOGE) a los usuarios que tienen un grado funcional IV-V (pacientes con limitaciones físicas, hemipléjicos, postrados crónicos con presencia de úlceras por decúbito). En ellos se proporcionan servicios de atención de medicina geriátrica, enfermería, terapia ocupacional, terapia física en el ámbito de la ciudad de Lima (MIMDES, 2007c: 21)

a) Cobertura en los servicios de salud.

El anuncio del Seguro Integral de Salud - SIS extendido a toda la población destaca en el imaginario de las Personas Adultas Mayores como una posibilidad de mejoría a la situación de práctico abandono que padece el común de este sector poblacional, sin embargo, es patente su focalización y cuasi absoluta centralidad en el ámbito limeño.

La situación real en cuanto a la oferta de atención en salud para personas adultas mayores se podría caracterizar de la siguiente manera:

- La oferta pública desde EsSalud, a pesar de las reformas que dicha institución señala se realizaron los últimos 02 años³, aún es excluyente porque encuentra limitada sólo a los asegurados y sus familiares.
- La red de *Hospitales de la Solidaridad* que impulsa la gestión del alcalde Castañeda tampoco resuelve el problema de la oferta pública principalmente a nivel de regiones, lo cual es aún mucho más grave en zonas rurales.
- La competencia entre sistemas de salud es el otro ingrediente que se evidencia desde la percepción de los líderes, que además se asocia a,
- La actitud indiferente de autoridades regionales y por ende, proclive a desconocer derechos y normas legales que amparan a las Personas Mayores.

b) Calidad en los servicios de salud.

En general se califica de deficiente (Red ANAMPER, 2007)⁴. El sistema hospitalario instalado no atiende adecuadamente la demanda de atención que

³ En la Entrevista sostenida con el Dr. River Cersso, responsable de la Subgerencia de Protección al Adulto Mayor, se muestra con más detalle la naturaleza y alcance de estos cambios.

⁴ En las conclusiones del II Encuentro Metropolitano de Organizaciones de Personas Adultas Mayores del Perú, realizado los días 22 y 23 de noviembre de 2007, sobre el eje temático salud, los líderes adultos mayores

reclama la población, el equipamiento es deficiente y carente de lo principal en medicamentos, profesionales de la salud, etc. Se asume que la atención de calidad en el cuidado de la salud se encuentra en el lado de la empresa privada; lo cual resulta oneroso para la gran mayoría de Personas Adultas Mayores ubicados en la franja de pobreza y pobreza extrema. El Seguro Integral de Salud - SIS muestra una oferta limitada en cuanto a los servicios que cubriría.

c) Asistencia alimentaria y nutricional.

- Se reconoce entre los líderes un amplio conocimiento de la existencia de programas, siendo un común denominador en todos los casos el criterio asistencialista que predomina; en los cuales no faltan ingratas experiencias de manipulación y/o clientelismo de parte de autoridades.
- La delegación de roles desde instituciones públicas (MIMDES, MINSA, etc.), asignado básicamente a gobiernos locales a través de programas conocidos como PRONAA, PANFAR, etc. además está asociado a la escasa capacidad para supervisar que tienen aquellos, lo cual limita el cumplimiento de normas o directrices institucionales para la implementación de esta estrategia alimentaria.
- Tal vez, en Lima Metropolitana haya mayor fluidez en el desarrollo de campañas de difusión y capacitación sobre mejoramiento de hábitos alimentarios y nutricionales, calidad de vida, etc.
- Otro componente es la asistencia que ofrecen ONGs y organismos de cooperación, la cual no siempre se ejecuta bajo una visión integral de desarrollo.

participantes coincidieron en que la calidad de los servicios de salud y la atención en general necesitaba con urgencia un cambio en su naturaleza prestacional.

1.3. Ejercicio de Ciudadanía desde la práctica social:

Esta situación que se afronta en salud, ¿Cómo se relaciona con el concepto práctico de Ciudadanía? Muy simple. Hay que tener en cuenta que para que un Estado pueda decir que en el país existe un ejercicio pleno de Ciudadanía, antes que nada debe garantizar las condiciones para que esta se haga efectiva en todos los niveles (Economico, político, social, cultural). Y el tema de la salud cruza todos estos aspectos. No hay una buena salud si la economía de un hogar es precaria, en una sociedad donde el empleo es una oportunidad de pocos, ni donde no se acepta la diversidad cultural que existe, dependiendo de la zona del país donde nos encontremos. Por ello, el tema de la Salud Pública es crucial ya que nos muestra de cerca el tipo de sociedad que somos, el contexto real cargado de desigualdades en el cual vivimos y el futuro que podemos tener como país.

En ese sentido, no podemos evitar reflexionar acerca del sistema sanitario nacional (Que en la actualidad se encuentra desmembrado en diferentes sub sistemas no necesariamente compatibles entre sí) y de la necesidad de generar una serie de reformas en su interior, de manera que se haga posible la implementación de políticas inclusivas, viables y sostenibles, acordes con el contexto actual que afrontan las Personas Adultas Mayores del país y dentro del cual cada vez son más aquellas Personas Adultas Mayores usuarias de un sistema que refleja las consecuencias de lo que la ineffectividad de las políticas establecidas genera, pues estas no sólo no han logrado aún reflejar sus principales necesidades y demandas, sino que además representan unicamente la opinión de expertos que deciden lo que es mejor para ellas sin preocuparse por recoger las propuestas y opiniones que estas puedan tener. Respecto a ello, ya algunos funcionarios públicos han reconocido el valor de la opinión del Adulto

Mayor como actor social, tal como lo demuestra esta afirmación emitida por el Dr. River Cersso, responsable de la Subgerencia de Protección al Adulto Mayor de Essalud:

“Nosotros tenemos como política de trabajo siempre conversar con el adulto mayor y no tomar decisiones solos porque no caemos en la soberbia de que lo conocemos todo con esa amplitud y por eso nuestra decisión es 100% más acertada. Si nos equivocamos nos equivocaremos también con la opinión de los adultos mayores”(Entrevista 6, Dr. Cersso – Essalud)

Esta opinión argumenta una de las razones por las cuales las políticas en salud existentes no han logrado a cabalidad aún, llevar a la práctica lo que en el discurso definen y promueven muchas instituciones como Envejecimiento “activo, productivo y saludable”.

Podemos decir entonces que no se ha entendido aún que *el envejecimiento de la población en el Perú planteado desde la perspectiva social, es un componente indesligable del sentido y contenido de las políticas públicas* (Calderón; Cáceres, 2008: 06). Así, es evidente el papel articulador que debe cumplir el Estado en su implementación, tanto por la vinculación que establece o promueve con y entre sectores sociales como por los mecanismos de interacción y relacionamiento entre Estado y Sociedad Civil que se deben generar y dentro del cual es trascendental el rol que puedan cumplir las mismas organizaciones de PAMs como principales actores vigilantes en el desarrollo de una auténtica Ciudadanía en Salud.

La escasa voluntad para incorporar y transversalizar a plenitud la temática del Envejecimiento Poblacional en las políticas de salud del país, se refleja en el

carácter y la naturaleza excluyente de las mismas, todo esto debido principalmente a la naturaleza antidemocrática de las formas de gestión utilizadas para su diseño e implementación. Dichas formas de gestión, orientadas por la lógica del mercado que busca principalmente la rentabilidad antes que crear las condiciones básicas para el desarrollo humano sostenible de la población, obstaculizan el ejercicio pleno de ciudadanía del conjunto de actores sociales involucrados con la problemática en cuestión, impidiendo muchas veces la participación organizada de los mismos en los espacios de intervención y concertación de las políticas en salud, olvidando que la ciudadanía tiene derecho no sólo a gozar de una salud plena e integral, sino también a garantizar que las decisiones que se tomen sean decisiones informadas y consultadas.

Desde esa perspectiva, requerimos volver la mirada a la forma cómo se han venido definiendo e implementando las Políticas de Estado a nivel sanitario y conocer qué aspectos de ella necesitan ser mejorados y/o modificados con la finalidad de lograr políticas públicas en salud enmarcadas en el enfoque de derechos. Para ello es necesario que, tanto decisores políticos, como intelectuales y demás miembros de la Sociedad Civil (Incluidas las Personas Mayores), puedan articular esfuerzos orientados a afrontar el impacto del fenómeno demográfico en las condiciones actuales de salud y en la búsqueda de garantizar Políticas Públicas proyectadas hacia el largo plazo.

Por otro lado, también hemos considerado que la salud “...depende de una amplia gama de factores relacionados con las condiciones económicas y sociales que viven las personas” (CEPAL, 2006:78) y la asistencia que brinda el Estado. Desarrollar políticas involucra entonces, sin duda, realizar un análisis preliminar de los

determinantes sociales en la salud, pues la multiplicidad de factores y dimensiones que en ella intervienen tienen un carácter social muy fuerte ya que están relacionados estrechamente con las condiciones de vida de la población, condiciones que en amplios sectores de población son muchas veces inhumanas, sobre todo si hablamos de Personas Mayores, pues la gran mayoría (Aproximadamente el 70%), no tiene ni siquiera acceso a los beneficios de los sistemas previsionales y de pensiones (INEI,2008:311), principalmente en salud.

Cuadro 1

PERÚ: POBLACIÓN CENSADA POR CONDICIÓN DE TENENCIA DE SEGURO DE SALUD, 2007

Departamento y condición de tenencia de seguro	Total	Grupo especial de edad									
		0 a 5 años	6 a 11 años	12 a 17 años	18 a 24 años	25 a 34 años	35 a 44 años	45 a 59 años	60 a 69 años	70 y más años	
Total	27 412 157	3 248 264	3 313 391	3 451 075	3 607 142	4 366 556	3 513 911	3 416 175	1 310 258	1 165 385	← 100 %
Con seguro de salud	11 598 698	2 043 351	1 964 540	1 668 480	831 004	1 422 268	1 291 404	1 295 527	550 890	531 234	← 43.4 %
Únicamente ESSALUD	4 766 357	504 143	516 749	505 432	273 846	763 102	728 532	768 096	354 695	351 782	← 28.2 %

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

No podemos entonces hablar de políticas que garantizan derechos y por ende que hacen efectivo un auténtico ejercicio de ciudadanía en salud para este sector poblacional si dichas políticas no consideran realmente las verdaderas necesidades de las Personas Mayores, tomando en cuenta no sólo sus

condiciones socioeconómicas sino también sus nivel de participación en los espacios de decisión de políticas referidas a ellos.

2. Metodología de la Investigación

A través de esta investigación pretendemos mostrar aspectos generales del envejecimiento de la población contrastados con las evidencias que hoy muestra y la realidad que viven las personas adultas mayores, siendo explícito nuestro interés de aportar elementos de juicio que promueva buenas prácticas en la implementación de políticas sociales como en el ejercicio de ciudadanía que corresponde a la población en general hacer prevalecer.

En ese sentido, iniciamos el presente trabajo de investigación proponiendo en la parte introductoria un acercamiento al fenómeno del Envejecimiento Poblacional como una dificultad emergente que necesita ser atendida en todos sus aspectos; particularmente en lo referente a la salud, para lo cual se han esbozado algunas interrogantes sobre el tema, junto a sus respectivas hipótesis y señalando la metodología que permita la comprobación de las mismas.

El **primer capítulo**, analiza las tendencias presentes en el país en lo que respecta a la transformación demográfica y su impacto en las políticas sociales en salud. Para ello analiza las características de los procesos de desarrollo, presentando los antecedentes históricos de la problemática señalada, el estado de la cuestión en donde se exponen los estudios e investigaciones referidas de manera directa e

indirecta al tema, así como la base legal y normativa existente que ampara a la población Adulta Mayor.

El **segundo capítulo** muestra la ubicación de los diversos actores sociales públicos y privados involucrados en el escenario del Envejecimiento Poblacional. Constituye el esfuerzo para conocer el desempeño de cada uno de ellos en los diferentes aspectos vinculados a la Salud Pública, destacando sobre todo la relación existente entre Estado y Sociedad Civil debido a la trascendencia que eso implica para la viabilidad de las políticas sociales.

El **tercer capítulo** está centrado en el análisis del protagonismo de las Personas Adultas Mayores organizadas de Lima Metropolitana como sujetos sociales frente al Estado. Aquí se considera la experiencia que han adquirido en la construcción de redes sociales para el logro de nuevas formas de representación y relacionamiento con entidades públicas y de la Sociedad Civil, orientadas a un efectivo ejercicio de ciudadanía en salud.

El **cuarto capítulo** expone los conceptos básicos del teórico francés Pierre Bourdieu relacionados a la comprensión de las relaciones de conflicto y poder que se establecen alrededor del fenómeno del Envejecimiento Poblacional en el país, analizando el papel de las entidades académicas en la necesidad de renovar las formas de producción del conocimiento que inspiran las actuales Políticas de Estado.

Finalmente, se presentan los resultados de la investigación realizada, las propuestas frente a la problemática presentada y las conclusiones que sustentan las ideas desarrolladas a partir de las hipótesis planteadas.

2.1. Preguntas de investigación

Principal

¿Por qué las políticas sociales en salud para las Personas Adultas Mayores no han hecho efectivo el ejercicio de ciudadanía favoreciendo su derecho a la Salud?

Específicas

- a) ¿De qué manera el Estado ha facilitado la conformación de espacios de intervención y concertación para la confluencia de capacidades de los actores institucionales y sociales vinculados a la problemática en salud de las Personas Adultas Mayores en el período descrito?
- b) ¿Qué papel ha jugado la Sociedad Civil para facilitar el ejercicio del derecho a una ciudadanía en salud a favor de las Personas Adultas Mayores en Lima Metropolitana?
- c) ¿Cuál ha sido el carácter de la participación organizada de las Personas Adultas Mayores y su impacto en el ejercicio del derecho a una auténtica ciudadanía en Salud?

2.2. Objetivos e Hipótesis

Objetivo General

Conocer cómo han ayudado las políticas sociales en salud para las Personas Adultas Mayores a hacer efectivo el ejercicio de ciudadanía y han favorecido su derecho a la salud.

Objetivos Específicos 1

De qué manera el Estado ha facilitado la conformación de espacios de intervención y concertación para la confluencia de capacidades de los actores institucionales y sociales vinculados a la problemática en salud de las Personas Adultas Mayores en el período descrito.

Objetivos Específicos 2

Conocer la importancia del rol de la Sociedad Civil como facilitador de los procesos de ejercicio de ciudadanía en salud a favor de las Personas Adultas Mayores en Lima Metropolitana.

Objetivos Específicos 3

Analizar el carácter de la participación organizada de las Personas Adultas Mayores y su impacto en el ejercicio del derecho a una auténtica ciudadanía en salud.

Hipótesis General

El papel excluyente de las Políticas Sociales en salud para Personas Adultas Mayores no favorecen un proceso participativo y democrático de actores institucionales públicos y privados en su implementación, más bien alienta el débil ejercicio de ciudadanía en salud de las Personas Adultas Mayores.

Hipótesis Específica 1

Los espacios de intervención y concertación promovidos desde el Estado han favorecido un proceso paulatino y aún débil orientado a la democratización de las decisiones públicas.

Hipótesis Específica 2

La Sociedad Civil del país ha tenido un papel activo y sostenido en la generación de aprendizajes en el ejercicio de ciudadanía para el resguardo de las libertades democráticas y el estado de derecho.

Hipótesis Específica 3

La participación organizada de las Personas Adultas Mayores contribuye a la construcción de procesos que favorecen la concertación e implementación de políticas sociales en salud.

2.3. Metodología

a) Diseño

El diseño de la investigación, siendo principalmente de carácter cualitativo, se ha complementado con el uso de técnicas de identificación de percepciones sobre el tema, referencias y fuentes cuantitativas que sustentan los contenidos y afirmaciones expuestas en el presente estudio. En ese sentido, se trata de una investigación que combina tanto el trabajo de campo como el bibliográfico, ya que se hizo uso de técnicas como entrevistas a profundidad a actores claves, un Grupo Focal con líderes Adultos Mayores representativos de las 04 macrozonas de Lima Metropolitana⁵ y pertenecientes a la Red ANAMPER⁶, así como el análisis de contenidos de los principales documentos y evidencias que ayuden a la demostración de los objetivos planteados.

El propósito era lograr una primera aproximación a la realidad de las Personas Mayores a partir de su propia percepción, para establecer la diferencia cualitativa de las condiciones de inequidad en relación con su derecho a la salud como derecho fundamental. La información cuantitativa permitió contextualizar la problemática general, a través de la utilización de diversas fuentes, como son los censos nacionales, los estudios sobre pobreza, entre otros.

b) Instrumentos

Los instrumentos utilizados para la realización de las entrevistas a profundidad fueron: La guía de entrevistas a actores claves; una guía de trabajo para lo que se

⁵ Estas 04 macrozonas son: Lima Norte, Lima Sur, Lima Este y Lima Centro.

⁶ Son las siglas de la Asociación Nacional de Organizaciones de Personas Adultas Mayores del Perú, cuyo nombre si bien hasta el año 2008 no se encontraba aún inscrito en Registros Públicos, contaba con un reconocimiento explícito tanto de instituciones públicas y privadas como de las bases que lo conformaban.

refiere a los grupos focales, así como un plan de análisis para utilizarlo en la revisión de los contenidos de los principales documentos estadísticos del INEI vinculados al tema.

c) Entrevistas Semiestructuradas

Perfil del entrevistado (Para definir la Guía de Preguntas)

- I. Funcionario Público vinculado al tema y cercano a la toma de decisiones.
 - MINSA: Dr. Juan del Canto y Dorador
 - Essalud: Dr. River Cersso – Sub Gerente de Prestaciones Sociales
 - MIMDES: Dra. Sara Vega Sánchez, Ex Presidenta de la Comisión Multisectorial sobre Personas Adultas Mayores del MIMDES durante el período 2007 – 2008 y Ex Directora de Familia y Comunidad del MIMDES.

- II. Representante de institución especializada de la Sociedad Civil que incide y/o influye en la toma de decisiones.
 - FOROSALUD: Pedro Francke
 - Mesa Perú: Mg. Martha Vega Farro
 - Universidades: Cayetano Heredia (Escuela de Salud Pública)

- III. Líder Social que interviene en procesos para abogacía y vigilancia social en salud (Evaluación por el rol que cumplen como líder de organizaciones)
 - Sra. Rosa Jaime de la Cruz (Ex Directiva de la Red ANAMPER)

IV. Considerar que para la organización de las preguntas se han considerado los siguientes criterios: (a) Por su vinculación al tema de la calidad de la política, (b) Por su actividad crítica y conocedora del tema (Postura ética de los profesionales de la salud que no todos mantienen) (c) Por su posición de líder social representativo e involucrado en los procesos de vigilancia y abogacía.

d) Grupo Focal

Composición de la muestra

- 40% hombres y 60% mujeres. En ese sentido, participaron 05 mujeres y 04 hombres pertenecientes a las 04 macrozonas de Lima Metropolitana, considerando el porcentaje poblacional en cada una de ellas y que el número de mujeres adultas mayores es mayor que el de hombres del mismo sector poblacional.
- Jubilados / No jubilados
- Rol social y experiencia (Si han tenido en el transcurso de su vida experiencia dirigenal)
- Pertenencia a la Red ANAMPER

CAPÍTULO I:

**IMPACTO DEL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL
EN EL DESARROLLO
DE POLÍTICAS SOCIALES EN SALUD**

**1. Transformación Demográfica y Políticas de Salud en Lima
Metropolitana durante el período 1990 – 2008.**

Antes de ingresar al debate sobre el impacto que ha generado el fenómeno de la Transición Demográfica en el desarrollo de Políticas de Salud a favor de la población Adulta Mayor, es importante realizar un análisis del curso que ha seguido este proceso histórico ⁷ y los factores que hayan incidido en cuanto al desarrollo de estas políticas, particularmente de aquellas diseñadas desde el campo de la salud, reconociendo que la Salud no está exenta de la influencia de *los cambios sociales* (CIES, 2004: 16) De esta manera, pretendemos explicar las causas que han venido incidiendo en su desarrollo, cuya naturaleza estructural tiene tanto un trasfondo ideológico como político, en la medida que se encuentran insertadas en el imaginario de las colectividades, propiciando efectos permanentes en la conciencia y práctica social de la población, los cuales han logrado anclarse de manera profunda en este imaginario a consecuencia del uso del poder simbólico que han ejercido de forma sostenida las clases dominantes

⁷ Se refiere a la tendencia histórica del Envejecimiento Poblacional.

del país. Podemos decir entonces que *“las estructuras del discurso sobre el mundo social a menudo son preconstrucciones sociales políticamente cargadas”* (Bourdieu, 2005:84).

La relación entre *Envejecimiento Poblacional y Políticas Públicas* sugiere el surgimiento e involucramiento de múltiples relaciones entre actores sociales y políticas; y siendo el Envejecimiento Poblacional un tema de poco tiempo en la agenda pública, compromete en gran medida el papel del Estado y plantea una contradicción que deberá ser resuelta a favor del interés general de la población, dueña de su propio futuro.

1.1. Ausencia de un Proyecto Nacional de Desarrollo y sus consecuencias en las condiciones de vida de la población Adulta Mayor.

Hablar de Desarrollo Nacional en la actualidad nos lleva a realizar antes que nada una revisión del modelo de desarrollo aplicado en el país durante las dos últimas décadas. Sobre ello, es importante resaltar que la principal causa por la que no resultó efectivo es que no estuvo acompañado ni vinculado a una propuesta nacional que hiciera viable la convergencia de todos los sectores del país orientada a alcanzar la transformación del país y enfrentar los desafíos que le planteara la atención de las principales necesidades básicas de la población, sobre todo en lo que se refiere a salud y educación, todo lo cual es necesario para el progreso de una sociedad, más aún tratándose de la nuestra, sin olvidar que el Perú aún sigue siendo considerado un país en vías de desarrollo. La carencia de este Proyecto Nacional es sin duda el reflejo de la ausencia de una clase dirigente capaz de liderar la asunción de Políticas de Estado encaminadas a su logro, lo

cual ha representado un lastre difícil de superar y que ha sido una de las razones para el desarrollo de políticas sociales cada vez más excluyentes.

El conjunto de cambios experimentados por el país estas últimas décadas son una muestra de dicha carencia. Cambios que tuvieron su punto más crítico durante el período de reformas estructurales acaecidas en la década de los 90, que repercutieron de manera profunda en nuestra sociedad, gestando las condiciones críticas de pobreza y exclusión que aún en la actualidad no logra remontar el país y que afecta principalmente a los sectores vulnerables de la población, entre los que se encuentra la población Adulta Mayor.

Dichos cambios, que marcan un antes y un después en el contexto vivido por el país durante los años previos y posteriores a la reforma, se desarrollan en un país que hasta finales de los años 80 prolongó la agonía del modelo de desarrollo por sustitución de importaciones que postuló en sus inicios desarrollar y establecer un mercado interno que permitiría gestar las bases para un verdadero progreso y mejora en las condiciones de vida de la población, buscando garantizar sus derechos fundamentales como corresponde a la condición de ciudadano que en teoría todos tenemos. *¿Qué pasó?, “No es la política sino la economía la que ha corroído y debilitado los muros estatales. ¿Cómo? La crisis fiscal ha impactado en varios niveles de la estructura del Estado.”* (López S, 1991:213). Diversos analistas de la época consideran que la crisis fiscal es resultado de las políticas de subsidio al capital privado como ha sido el caso de los regímenes que ha tenido el Perú; principalmente el primer gobierno del APRA que tuvo sus 12 apóstoles. Sin embargo, la llegada del período dictatorial en la década de los 90 dio inicio a una serie de reformas de carácter estructural que aún hoy permanecen incólumes e

influyen en el desarrollo humano de la población, siendo sus consecuencias factor de profundización de la pobreza.

De esta manera, el proceso tardío de desarrollo industrial, como precedente asociado al paradigma del *Estado de Bienestar* en el país (que se impuso como enfoque de desarrollo luego de finalizada la Segunda Guerra Mundial) quedó trunco, a la par que los conceptos desarrollistas que regían el desempeño de estados soberanos fue reemplazado como opción de progreso para dar paso al establecimiento y consolidación de una nueva ideología dominante y de alcance globalizador en el mundo: *La ideología neoliberal*. Los cambios sufridos en la década de los 90 fijan entonces la culminación de un largo período histórico en el Perú marcado por iniciativas inconclusas.

Pero la adopción de este modelo no es producto del azar. Es parte de todo un proceso que se vino gestando en Europa, prácticamente desde finales de la Segunda Guerra Mundial en adelante y que establecía como una de sus principales acciones la búsqueda del desarrollo de las economías locales en cada país para superar los estragos originados por esta guerra. Gracias a ello, se logra una mejora del poder adquisitivo de la población, lo cual influye en la recuperación de la economía europea que logra desarrollarse a tan gran escala que hoy constituye un fuerte bloque de poder casi tan sólido como el de Norteamérica. Europa así, a diferencia de los países de América Latina, logra el desarrollo de un prominente mercado multinacional, sin dejar por ello de mantener y más aún fortalecer, el intercambio y las relaciones internacionales entre sí y con los países de las demás regiones del mundo. El Perú en ese período fomentó un modelo de desarrollo económico al gusto de las grandes empresas

mineras y en alianza con la oligarquía que se nutría de los beneficios económicos. Esa alianza se procesó en el Estado y *constituía el poder político oligárquico aplicando una política económica liberal criolla* (López S, 1991: 147).

En el caso del Perú, las iniciativas para el establecimiento de un modelo de desarrollo industrial llegan muy tarde. Durante el primer gobierno de Fernando Belaúnde Terry se dan algunos intentos al respecto, pero finalmente queda trunco y no logra concretarse como Proyecto Nacional y expresión de una propuesta integral para el desarrollo del país. Con Velasco la situación no es muy diferente, aun cuando a través de la Reforma Agraria se buscó colocar al sector agrario como el eje central para el desarrollo de un proyecto nacional. Al final, agotadas todas estas iniciativas, a comienzos de los años 80 se empieza a hacer más evidente el desarrollo de una fuerte crisis de carácter estructural que se hizo más fuerte a mediados de dicha época durante el gobierno de Alan García y que trajo consigo el colapso de la economía nacional y de todo el país.

Sin embargo, esto fue sólo el punto de partida para lo que vendría después. Lo que sucedió entonces con la llegada del gobierno fujimorista en los 90 fue el agravamiento crítico de la situación económica y social de la totalidad del país debido a la adopción del nuevo paradigma de desarrollo postulado en las “recomendaciones” impuestas por organismos multilaterales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional y que se hallaban contempladas en el llamado Consenso de Washington, herramienta política e ideológica de dominación y subordinación al mercado. Se daba de esta manera inicio al reinado hegemónico de la economía global, con un Estado ausente y cada vez menos responsable del bienestar de su población, que actuaba bajo la premisa de

“todo lo resuelve el mercado”, sin considerar para nada la situación de desprotección en la que indudablemente iba quedando la gran mayoría.

Así, pasamos a ser un país eminentemente primario exportador, especializado en la explotación, procesamiento y exportación de recursos naturales, generándose a la par en la economía un desarrollo dual, tanto del sector formal como del informal, el cual en la actualidad, representa la principal fuente de trabajo para la gran mayoría de peruanos. Ambas circunstancias, que guardan una estrecha relación entre sí, se agudizaron aún más con la llegada de medidas de ajuste estructural, como la llamada *Ley de flexibilización laboral* que tuvo como resultado la exclusión de miles de trabajadores del sistema laboral formal, los cuales quedaron fuera del aparato productivo ocasionando con ello que no pudieran seguir con el pago de sus aportaciones y el consiguiente perjuicio a futuro por la pérdida de su derecho a tener acceso a los beneficios de los sistemas previsionales en cuanto a salud y pensiones al llegar a la edad adulta mayor. Vemos entonces cómo este conjunto de reformas, orientadas bajo la lógica excluyente del mercado, evidencian de manera muy clara la orientación ideológica política de un nuevo modelo de desarrollo que con gran fuerza empezaba a echar raíces en nuestro país; raíces profundas de dependencia que bajo la influencia de un mundo globalizado subordina aún hoy nuestro desarrollo a los dictámenes de una economía mundial.

De esta manera, se sembró las bases para el crecimiento a gran escala de la economía informal y de supervivencia la cual, finalmente, representa el soporte económico de un alto porcentaje de peruanos que se encuentran en su mayoría en situación de pobreza y pobreza extrema y dentro de los cuales se ubican

principalmente los sectores vulnerables del país. Vale precisar que en los últimos 15 años se ha dado un proceso amplio de recuperación de la economía, principalmente del sector servicios, que ha dinamizado el mercado nacional y en el que se ha producido relaciones equilibradas de competencia y complementariedad entre actividades comerciales e industriales, tanto formales como informales, que en buena medida puede interpretarse como una suerte de legitimación de lo informal y surgimiento de pactos o compromisos que a su vez van dando forma a la nueva economía formal.

El nuevo paradigma desarrollado dentro de los márgenes de una nueva hegemonía global, que subordina el papel de los estados a las leyes liberales del mercado y la ganancia bajo el principio de la rentabilidad (Que consideraba necesario para lograr el desarrollo una mayor atención al componente económico en los países antes que abordar la integralidad de factores relacionados al mismo), definía de esta manera nuevas formas de convivencia, basadas en la dualidad de las formas de crecimiento económico y reproducción social.

En cuanto al concepto de reproducción social Pierre Bourdieu plantea que existe una relación estrecha entre capital cultural con respecto al capital económico y que la construcción de toda opinión política puede ser producida por modos de producción que relaciona a “...agentes ordinarios y productores profesionales – intelectuales, sociólogos, periodistas, u hombres políticos – en la producción del discurso sobre el mundo social así como en la definición de una definición de una línea de acción política sobre ese mundo” (Bourdieu, 2006: 429 y 431).

Podemos afirmar entonces que las reformas estructurales, al modificar el papel del estado y el modelo de desarrollo aplicado hasta los años 80, ayudaron a la profundización de las condiciones de pobreza y exclusión de los sectores más vulnerables de la población, como es el caso de las Personas Adultas Mayores, afectando sobre todo y en gran medida su situación en salud. En ese sentido, la lógica estatal de la producción de políticas orientó la acción del Estado a la búsqueda de mejoras en el campo de la economía (Orientada a la exportación de Recursos Naturales), antes que priorizar acciones encaminadas a la promoción del desarrollo humano sostenible, con la ilusa presunción de que el **crecimiento económico** traería progreso y bienestar a la población. Esto, como todos sabemos, nunca pasó. Por el contrario, la calidad en Salud y Educación decreció a tal punto que hoy somos un país con un porcentaje de inversión social insuficiente, sobre todo en lo que se refiere a salud y educación, pilares fundamentales del desarrollo.

Otra de las causas significativas para la ausencia de un Proyecto Nacional de Desarrollo es la escasa voluntad política de las clases dirigentes para su concreción. El antecedente de masas de los paros regionales de finales de los 90' y la caída del régimen dieron surgimiento a la designación del Dr. Valentín Paniagua como Presidente y la apertura a la transición democrática que experimentó el pueblo en las calles en noviembre del 2000. Ciertamente fue una coyuntura favorable para iniciativas significativas que en algún momento nos llenaron de esperanza por la enorme posibilidad de concretar la convergencia de todas las fuerzas democráticas representando a instituciones del Estado como de la Sociedad Civil, como sucedió con el establecimiento del Acuerdo Nacional el año 2002.

Sin embargo y también en ese caso todo quedó sólo en promesas debido principalmente a la escasa voluntad política del gobierno del Presidente Toledo y la atomización política y social de su partido, Perú Posible, que difuminó las expectativas de la población en la recuperación de los espacios democráticos para la transformación del país. No se valoró la participación de la población, a la cual siempre se la ha mantenido al margen de las grandes decisiones sin comprender que un débil ejercicio de ciudadanía de la misma, no ayuda al fortalecimiento de los espacios democráticos e imposibilita que ésta pueda conocer y defender a cabalidad sus derechos.

Actualmente por ejemplo se habla mucho de la importancia de la *participación de la población para la toma de decisiones*, sobre todo desde este mundo académico e incluso desde el lado de la misma sociedad civil, pero cuando esta norma recae, compromete o “amenaza” de manera directa sus propios intereses, queda en palabras emitidas al vacío. Entendemos entonces que muchas veces el discurso no viene acompañado de una real autenticidad en la práctica social de aquellos que conociendo los mecanismos técnicos y políticos por las que una sociedad se desarrolla, principalmente aquellos que se encuentran ligados al mundo académico – científico, tienen el deber de ser facilitadores de cambios que ayuden a las personas a ejercer su rol como ciudadanos.

De parte del Estado, tampoco es diferente porque aún cuando se habla de lo importante que es desarrollar una democracia participativa, lo que se da finalmente es el ejercicio de una democracia eminentemente representativa, pues

se restringe la participación real de la población. Podemos afirmar entonces igual que el economista Pedro Francke que *“no se ha apelado nunca antes a la democracia participativa como política de estado. Se trata aún de un proceso prometedor, pero incipiente y todavía poco consolidado”* (Francke, 2006: 70).

Por otro lado, hablar de desarrollo no sólo es competencia de las instancias gubernamentales del país. También desde el lado de la Sociedad Civil constituye un imperativo y una responsabilidad sobre todo si consideramos que gran parte de las iniciativas exitosas para la superación de diversos problemas sociales han surgido desde allí. El tema de desarrollo entonces nos involucra a todos, porque todos somos artífices y partícipes o no del mismo. Y ciertamente, la Sociedad Civil no se ha mantenido al margen de este debate sino que ha venido produciendo gran parte de la más importante bibliografía que existe sobre el tema, promoviendo la discusión alrededor de paradigmas alternativos que superen la naturaleza reduccionista de otros, como es el modelo de desarrollo centrado en el mercado que todo lo encasilla dentro del enfoque económico.

Visto de esta manera, el Desarrollo es más que un fin. Representa también un medio ya que gracias a él podemos acceder a mejores condiciones de vida no sólo a nivel económico, sino a nivel social, cultural y político (Referido al efectivo ejercicio de ciudadanía). Sinesio López afirma que

“una de las razones por las que uno exige un trato digno es por que se es persona humana. Junto a ello hay una demanda de reconocimiento y de buen trato, de que efectivamente no se les maltrate, y de igualdad frente a las políticas.

Detrás de la idea del buen trato, en el caso de los pobres, está la dádiva. Pero al mismo tiempo el trato digno existe como un valor fundamental, que puede ser contradictorio con la dádiva, y por ello ser palanca para la regeneración social y humana del pobre. “(López S, 2000: 04).

Por ello, una definición más amplia de Desarrollo incorpora cinco importantes dimensiones: El componente económico, el social, el cultural y el paradigma de la vida plena, ligado al significado de la vida y la historia. Tenemos aquí un ejemplo de paradigma alternativo, mucho más completo e integral pero que escasamente es considerado como se debería (Goulet, 1996: 49).

Finalmente, decir que existe una relación directa entre la ausencia de un Proyecto Nacional de Desarrollo y las críticas condiciones actuales de vida que afronta un gran porcentaje de la población Adulta Mayor del país. El impacto de las reformas al afectar principalmente a los sectores vulnerables de la población fue tal que no sólo tuvo consecuencias en el pasado, sino que aun hoy esas consecuencias son sentidas por esta población. Fue evidente que carecimos de una estrategia integral desde el Estado que amortigüe sus efectos, así como estuvo ausente una visión de país como nación independiente y soberana frente a las exigencias del Fondo Monetario Internacional. Esta afirmación nos da la idea de que *cada vez hay menos autonomía de parte de los estados para definir sus propias políticas* (Brito, 2006: 17)⁸. La constante reducción del gasto público en salud como una tácita estrategia para preservar un determinado estado de las cosas es muestra de ello. Las políticas públicas, por tanto, no han reflejado de forma

⁸ El TLC con EEUU es muestra del manejo de las relaciones internacionales a favor de intereses particulares.

integral las necesidades y aspiraciones de la población y si hablamos de políticas en salud es mucho peor aún.

1.2. Rol del Estado y Políticas en Salud en el contexto de la globalización

La caída de la dictadura fujimorista y la llegada de la democracia con el Gobierno de Transición desde noviembre del 2000, pese a la gran expectativa que tuvo y que hizo pensar en un momento sería el condicionante para la generación de cambios en el país, no dio los resultados que se esperaban. El impacto inminente del proceso globalizador, incrustado de manera tan profunda en la conciencia de las clases dirigentes del país, y desde ellos en la sociedad en general, que ha sido utilizado por los primeros para justificar y/o legitimar las acciones que desde su posición o status social realizarían y que generalmente afectarían la vida y las oportunidades de los últimos (Bourdieu, 1999: 10).

Si bien es cierto que se mantuvo un sistema de democracia formal, que en el discurso señalaba ser participativa e inclusiva, lo cierto es que en la práctica la realidad nos muestra un país muy fraccionado, con grandes diferencias que se evidencian principalmente en los márgenes de pobreza y pobreza extrema que afecta a la mayoría de la población. El Acuerdo Nacional, que en un inicio significó para muchos una oportunidad de acercarnos a un verdadero consenso de todos los sectores del país y que representó un intento de propiciar el establecimiento de un NUEVO CONTRATO SOCIAL, al final sólo quedó en un vago intento de hacer viable un país con desarrollo en donde todas las voces fueran escuchadas.

Este Acuerdo, que entre sus políticas de igualdad de oportunidades contempla también a la población Adulta Mayor, señalaba como una meta para el logro de esta igualdad la importancia de contar con sistemas de protección para esta población, sobre todo en lo referido al tema de la salud⁹. Sin embargo, a la actualidad, es sabido que no ha logrado cumplir con los objetivos planteados desde entonces, pasando a ser en la actualidad sólo un mero formalismo, sin la resonancia política que debiera tener.

En ese sentido, el retorno a la democracia en un contexto donde la globalización se ha consolidado como un poderoso y monopólico fenómeno, nos puso a merced del poder de los grandes capitales cuyo emblema era la promoción del desarrollo a través del potenciamiento de economías globales, aunque por razones obvias no de las economías de todos los países sino de aquellas consideradas pilares en el proceso económico mundial: Las economías del primer mundo. Se prioriza entonces, antes que nada, los intereses del gran mercado por encima de las necesidades de la población e intereses nacionales, lo cual llevó a afectar principalmente a los sectores menos favorecidos de los países denominados *en vías de desarrollo*.

Nuestro país entra entonces, como se puede ver desde finales del 2000, a un momento importante de su vida política y social con la llegada de la democracia, también ingresa a un período caracterizado por ser primordialmente rentista

⁹ El Acuerdo Nacional, en su décimo primera política de estado señala como una de sus metas al 2016 el incremento de un 50% de Personas Adultas Mayores que acceden a prestaciones de salud y seguridad social, llegando al 100% en el 2021. Además, se plantea la implementación de mecanismos que permitan el acceso a los servicios de salud y Aseguramiento Universal para PAMs.

dado el predominio de las grandes inversiones dedicadas a la exportación de recursos naturales. De ese modo el Estado va teniendo cada vez menos fuerza y poder de injerencia en las decisiones que se tomen para conducir el destino del país, apareciendo paulatinamente nuevas reglas de juego en el desarrollo de la política nacional, cuyo trasfondo ideológico era la doctrina neoliberal. Su papel y rol rector, cada vez menos activo e involucrado con los procesos históricos, políticos, sociales y económicos que acontecían lo va convirtiendo de a pocos más en un FACILITADOR DE PROCESOS que en un actor decisivo, garante de los derechos ciudadanos y de la soberanía nacional.

Hablamos entonces de un escenario donde el poder absoluto lo va teniendo el mercado frente a un Estado que se mantiene al margen de los principales problemas y necesidades de su población. La política social, como principal canal de relacionamiento del Estado con la población y símbolo de la política estatal, va adquiriendo una naturaleza más asistencial que desarrollista; razón por la cual va perdiendo su esencia como principal depositario y exponente de las necesidades y aspiraciones contenidos en sus postulados.

A esto se suma la escasa importancia que se le da a la participación de la población en los procesos de desarrollo de la política, la cual si bien es considerada en el discurso como actor fundamental para el desarrollo de la misma, lo cierto es que en la práctica ha sido vista principalmente como un medio de los grandes capitales para el logro de sus intereses particulares, lo cual se entiende mejor si consideramos que para los grupos de poder el desarrollo de una conciencia social expresada en su capacidad participativa trae consigo no sólo un mayor conocimiento sino también una mayor exigencia en lo que a

rendición de cuentas se refiere, lo cual no sólo tiene que ver con las características y naturaleza de la relación o alianza estratégica entre el Estado y el sector privado, sino también con el rol que cumple la Sociedad Civil en general ¹⁰. Según el CIES, en el Informe sobre Desarrollo Humano, Perú 2002. *“Aprovechando las Potencialidades”* elaborado por el PNUD (CIES, 2004: 78), se analiza un conjunto de aspectos que pretenden medir los niveles de desarrollo alcanzados por la sociedad peruana a partir de indicadores que dan cuenta de las herencias históricas, la desigualdad distributiva, la pobreza, el centralismo, el atraso de la agricultura serrana y sus impactos en la construcción de sociedades sostenibles. Esta mirada comprensiva de la realidad peruana permite reconocer estrategias integrales para el acceso de todos a la Salud y la articulación de este aspecto con el desarrollo.

No debemos olvidar que el sustento ideológico y político en la concepción neoliberal se pone de manifiesto desde la lógica del mercado a través de la concurrencia de los individuos y sin intervención estatal (que viene a ser Política de Estado de muchos países en materia económica). Esta apreciación muestra que en esa concurrencia al mercado (sistema) se enfrentan aquellos que están dotados de los medios para acceder al sistema y aquellos que no lo están. Sin embargo los derechos civiles y políticos tienen carácter universal y no están parametrados por las leyes del mercado, lo cual nos permite reconocer que el ejercicio de la política en su acción directa no debe olvidar considerar los fines para los que fue hecha.

¹⁰ En ese sentido, es importante en este asunto ver el rol que han cumplido y vienen cumpliendo la mayoría de las ONGs como facilitadores de los procesos participativos de la población y en el conocimiento de sus derechos, así como en lo que a transparencia se refiere. Aquí podríamos citar a Bourdieu y su crítica a los falsos intelectuales.

Y uno de ellos es el de ser un eficiente medio que pueda expresar una auténtica ciudadanía a los miembros de una sociedad. De otro lado, recordar que los medios bajo los cuales se desarrollan las políticas públicas en general necesitan consolidarse en estrategias viables, acorde con las opciones de desarrollo que tiene nuestro país, de las cuales sin duda el capital humano constituye la más importante, sin distinción alguna y rechazando todo tipo de exclusión. Por eso decíamos en la introducción lo impostergable que es invertir en dicho capital y que la salud era, sobre todo, el pilar fundamental para que una sociedad desarrolle sus capacidades y emerja como nación, a través del desarrollo de políticas públicas más inclusivas y efectivas.

En el caso de las Personas Adultas Mayores, la experiencia participativa de sus organizaciones en espacios de decisión de políticas públicas ha significado un avance importante para el desarrollo óptimo de dichas políticas. Vemos así a nivel de Lima Metropolitana en una serie de distritos, cómo la población Adulta Mayor va adquiriendo cada vez mayor presencia debido a los niveles de participación organizada que ha alcanzado. Esto ha permitido que muchas organizaciones estén insertados en estos espacios de discusión y decisión, como los espacios de Presupuesto Participativos o las llamadas Mesas de Diálogo (O su equivalente), antes monopolizados en su totalidad por sus autoridades y con escasa participación efectiva de la Sociedad Civil.

Respecto al tema salud, las acciones de Vigilancia Ciudadana realizadas por las organizaciones de Personas Adultas Mayores a nivel de Lima Metropolitana con

el acompañamiento del Foro de la Sociedad Civil en Salud – FOROSALUD desde el año 2008¹¹, son otro claro ejemplo del nivel de incidencia que tiene la población cuando se organiza¹². De ahí que, considerando necesario hacer prevalecer su rol protagónico no sólo signifique reconocerles un derecho como actores principales en el escenario del Envejecimiento Poblacional, también debiera ser una forma de “acostumbrarnos” o internalizar en nuestra práctica social la idea de que, involucrar e incluir a la población en la toma de decisiones sobre ellas mismas no es una amenaza, como quieren hacernos creer los grupos de poder, sino una oportunidad para conocer la situación real y sobre la cual la política deberá actuar.

En ese sentido, la iniciativa surgida para el diseño de los primeros dispositivos legales destinados a enfrentar el proceso de Envejecimiento, como son los Lineamientos de políticas para Personas Adultas Mayores (DS 0010 – 2000 PROMUDEH) (PROMUDEH. 2001) y el Plan Nacional para Personas Adultas Mayores 2002 – 2006 (Que luego se ampliaría hasta el 2010), han sido desde un inicio un elemento clave para la apertura de espacios de convergencia de propuestas que, si bien no están exentas de intereses particulares, en muchos casos también han dado la oportunidad de incorporar a todos los sectores y a todas las voces, tal como sucede con la Comisión Multisectorial del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social – MIMDES, encargada de la implementación de las

¹¹ Dentro de las actividades principales que realiza el Foro de la Sociedad Civil en Salud – FOROSALUD, se encuentran las Conferencias Nacionales que se llevan a cabo cada 02 años y que constituyen espacios de debate e intercambio de opinión sobre las principales problemáticas presentes en el escenario de la Salud Pública nacional. Aunque ya desde el año 2003 han venido participando en actividades desarrolladas por este colectivo social, como la 2da y 3ra Conferencia Nacional respectivamente.

¹² Con la asistencia técnica del FOROSALUD, organizaciones de Villa El Salvador y del distrito de Los Olivos han dado inicio a un proceso de Vigilancia Ciudadana en Salud en los meses de setiembre y octubre del 2008.

medidas propuestas por el Plan Nacional para Personas Adultas Mayores que tiene a la actualidad ya dos ediciones (MIMDES, 2006)¹³.

De esta manera, la Comisión Multisectorial encargada de la implementación del Plan Nacional para Personas Mayores, como espacio de convergencia de los diferentes sectores públicos y la sociedad civil, incluyendo a organizaciones de Personas Adultas Mayores, como lo fueron la Asociación Nacional de Organizaciones de Personas Adultas Mayores del Perú – Red ANAMPER y la Central Provincial de Personas Mayores del Callao – CEPRATEC, no sólo representa un espacio de articulación entre sectores, sino que es además un espacio de convergencia de intereses diversos que no siempre están orientados a promover mejores condiciones de vida para la población AM. Podríamos decir también que constituye un espacio de negociación constante en donde la opinión de las Personas Mayores ha ido paulatinamente siendo tomada cada vez más en cuenta.

Sin embargo, pese a los avances logrados en cuanto al ejercicio de la democracia participativa en el país, debemos reconocer que no hemos podido hacer desaparecer el espectro del fujimorismo y su acción asistencial y controlista en las conciencias de un importante sector de nuestra población. Por tal motivo es que aún vivimos un proceso de acumulación y desarrollo de capacidades de las organizaciones que pugnan por un lugar en las decisiones de Estado.

¹³ El Primer Plan Nacional fue del 2002 al 2006 y el segundo, que rige en la actualidad, va del 2006 al 2010. Estas dos versiones se deben a que las metas propuestas en el primer Plan no lograron concretarse en su totalidad en la fecha señala. Se espera que los resultados esperados se concreten en el segundo Plan.

Constituye de esta manera un tema de reflexión pues ciertamente no podemos avanzar hacia un auténtico desarrollo y ni alcanzar una auténtica ciudadanía si no somos conscientes del rol protagónico que jugamos en el escenario de la política nacional, tanto como jóvenes, mujeres, adultos y Personas Mayores. En ese último caso, porque no debemos olvidar que cada una de las etapas de la vida del ser humano debe ser vivida con dignidad y que “respetar los derechos de las personas mayores de hoy, serán los derechos de las personas jóvenes que lleguen a esa edad en el mañana”¹⁴. Entonces, no pedimos un favor cuando demandamos al Estado una atención de salud integral y universal, ni cuando atiende nuestras necesidades básicas. Es parte de su responsabilidad como garante del bienestar de la población.

1.3. Características Sociodemográficas y Políticas en Salud a mediano y largo plazo.

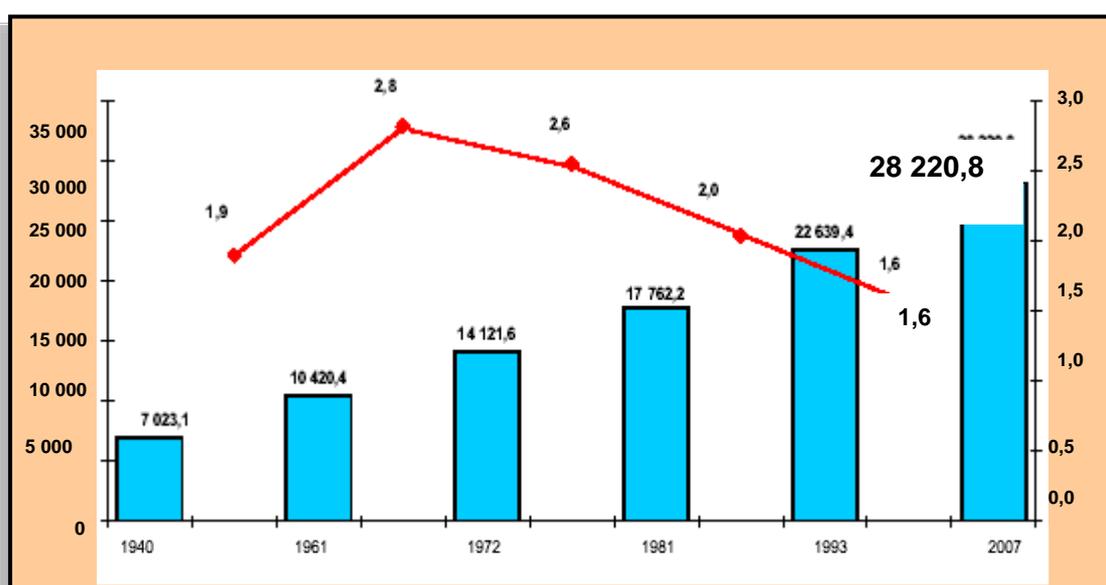
A mediados de 1999 la población del Perú era de 25,200,000 habitantes, con un promedio anual de crecimiento en el período comprendido de 1993-1999 de 1.7%. Para el año 2007 sobrepasaba ya los 27 millones, con un crecimiento en promedio de la fuerza de trabajo de 2.6% mientras que en América Latina fue de 2.5%. De ese total en ese año se calculaba en 1 millón 800 mil la población Adulta Mayor, tendiendo el Perú a colocarse entonces en una situación intermedia entre países industrializados como Suecia, donde alrededor de 20 por ciento de la población tiene más de 60 años, y los países africanos, donde ese sector es menos de 5 por ciento del total. Para ilustrar mejor los niveles de fluctuación en las Tasas de

¹⁴ Este párrafo corresponde a un slogan de la campaña por las PAMs de Helpage International.

crecimiento anual de la población durante el período 1940 – 2005, mostramos el cuadro que viene a continuación.

Gráfico 4

**POBLACIÓN TOTAL Y TASA DE CRECIMIENTO PROMEDIO ANUAL,
1940 – 2007 (INEI, 2008: 18)**



Fuente: INEI

Censos Nacionales, 1940, 1961, 1972, 1981, 1993 y 2007. La tasa de crecimiento promedio anual de la población total del país disminuye de manera sostenida en los últimos años. En el último período intercensal 1993 - 2007 este indicador representó 1,6%.

Respecto a la Tasa de Crecimiento Anual sobre población Adulta Mayor, la tendencia a nivel demográfico nos muestra un crecimiento sostenido del volumen de población mayor en dicho período, a diferencia de lo que ocurre con el crecimiento de la población del país en términos generales, lo cual si bien es muy visible en Lima Metropolitana es aún más evidente en las zonas rurales del país. Sin embargo, por el volumen de población que alberga Lima Metropolitana, es importante recordar que la atención de este fenómeno en ella es fundamental

pues el número de Personas Mayores es superior al que se halla en las diferentes regiones del país, aun cuando en zonas rurales se muestre visiblemente más notorio el Envejecimiento de la población¹⁵. En cifras generales Lima cuenta en su haber con 824, 909 Personas Mayores (INEI, 2008: 50).

Cuadro 2

PERÚ: POBLACIÓN ADULTA MAYOR Y TASA DE CRECIMIENTO PROMEDIO ANUAL, 1972 – 2007 (INEI, 2008:50)

Grupo especial de edad	1972		2007		Evolución de la población	Tasa de crecimiento promedio anual (%)
	Abs.	%	Abs.	%		
Total	13 538 208	100,0	27 412 157	100,0	13 881 086	2,0
0 - 19	7 365 804	54,4	11 088 318	40,5	3 722 514	1,2
20-29	2 084 521	15,4	4 823 419	17,6	2 738 898	2,4
30-59	3 289 194	24,3	9 004 777	32,8	5 715 583	2,9
60 y más años	798 689	5,9	2 495 643	9,1	1 696 954	3,3
60-79	684 244	5,1	2 107 255	7,7	1 423 011	3,2
80 y más	114 445	0,8	388 388	1,4	273 943	3,5

Fuente

INEI: Censos Nacionales, 1972 - 2007.

A diferencia del crecimiento promedio anual de la población total del país que disminuye, la que corresponde a la tasa de crecimiento promedio de la población adulta mayor, muestra un crecimiento sostenido.

Otra característica importante que presenta el Envejecimiento Poblacional en nuestro país está relacionada al proceso de feminización de la vejez, así, mientras la proporción de Adultos Mayores casados varones es mayor respecto de las

¹⁵ Al respecto, según datos obtenidos del Censo de Población realizado por INEI en el año 2007 vemos como, si bien es cierto un tercio del total de población adulta mayor vive en Lima, el porcentaje de personas mayores de 60 años en departamentos como Ayacucho (9,8%), Puno (10,1%), Apurímac (10,2%) y Ancash (10,6%) en relación a la población total que hay en cada uno de estos departamentos, es superior a la de Lima, siendo la población de PAMs de Lima Metropolitana el 9,6 %.

mujeres, el número de mujeres viudas es tres veces más que el de varones, lo cual trae como resultado que más mujeres que vivan solas. De esta manera, tenemos que en la actualidad, existe una mayor proporción de mujeres de 60 años y más que de hombres (52,9% versus 47,1%). El siguiente cuadro de distribución por sexo y por edad nos puede ilustrar mejor al respecto.

Cuadro 3

PERÚ: POBLACIÓN POR SEXO

	TOTAL POR EDAD	GRANDES GRUPOS DE EDAD Y SEXO					
		MENOS DE 1 AÑO	1 A 14	15 A 29	30 A 44	45 A 64	65 A MÁS
PERÚ	27,412,157	500,672	7,856,861	7,554,204	5,588,602	4,147,131	1,764,687
Hombres	13,622,640	254,537	4,005,057	3,756,752	2,729,568	2,031,783	844,943
Mujeres	13,789,517	246,135	3,851,804	3,797,452	2,859,034	2,115,348	919,744
Provincia LIMA	7,605,742	117,970	1,785,129	2,193,335	1,720,703	1,274,285	514,320
Hombres	3,713,471	60,208	909,033	1,073,512	827,930	604,600	238,188
Mujeres	3,892,271	57,762	876,096	1,119,823	892,773	669,685	276,132

Fuente:

INEI: Censos Nacionales 2007, XI de Población y VI de Vivienda

Perú y Lima Metropolitana: Población Nominalmente Censada.

De otro lado, según resultados del Censo del 2007, la población económicamente activa (PEA) de 14 y más años de edad del país, asciende a 10 millones 637 mil 880 personas, representando el 54,1% de la población en edad de trabajar (PET). Dicha población en el área urbana en el país representa el 72,1%, mientras que en el área rural representa el 61,7% para el año 2000.

En cuanto a la población económicamente activa PEA por sexos, se supo que las mujeres para el año 2007 alcanzan el 35,5% y los hombres el 64,5 % (INEI, 2008: 158). El 80% de este grupo poblacional vive en zonas urbanas y sólo un 20% en zonas rurales. Debido a que un tercio del total de la población Adulta Mayor vive en Lima, los resultados del Censo del 2007 revelan que la población en edad de trabajar participa en la actividad económica en mayor proporción entre las edades centrales de 30 a 49 años de edad, siendo entre los Adultos Mayores (de 60 y más años de edad) el 33,6% (INEI, 2008: 154). Estos datos evidencian más aún el centralismo, fuertemente influenciado por los procesos migratorios de las últimas décadas y que influyó en la generación de nuevas y renovadas formas de reproducción social en el mundo del trabajo.

De esta manera, pese a que las proyecciones y estimaciones proporcionadas por el INEI en el año 2006 consideraban que la población Adulta Mayor llegaría a representar el 8,3% de la población al año 2010, visibilizando en el largo plazo un crecimiento de 10,8% en el 2020 y 12,4% hacia el 2025, lo cierto es que este crecimiento se está dando de una forma mucho más acelerada de lo esperado, pues según datos proporcionados ya para el 2008, el porcentaje de Personas Mayores es de 9,1% del total de la población del país (INEI,2008:50)¹⁶.

Respecto al tema de previsión social, el 65% de esta población no se encuentra adscrita a ningún sistema previsional, siendo las mujeres mayoría en este grupo, agravándose su situación en zonas rurales. Las personas mayores que gozan de jubilación, reciben pensiones que no cubren sus necesidades básicas, a diferencia

¹⁶ Ver Gráfico N° 1

de un grupo minoritario que reciben montos elevados¹⁷. Sólo unas 750 mil personas mayores de 60 años trabajan o son jubiladas, de modo que más de un 1.050.000 están fuera del sistema de Seguridad Social. Actualmente, dicha realidad no ha experimentado cambios significativos, lo cual podemos comprobar al observar los resultados emitidos por el INEI quien para el año 2008 presentaba un panorama poco alentador para la población Adulta Mayor de Lima Metropolitana, sobre todo en lo referente a Salud y Seguridad Social.

El progresivo Envejecimiento de la población del país adquiere características particulares dependiendo de la zona en donde se desarrolle. Así en lo que respecta a Lima Metropolitana, vemos que es significativo el porcentaje de Personas Mayores en cada uno de sus distritos pertenecientes a las 04 macro zonas de Lima. De esta manera y con la finalidad de conocer más de cerca la distribución de la población mayor en cada uno de los distritos de estas 04 macrozonas de Lima, se elaboraron los siguientes cuadros tomando como base los resultados del Censo de Población realizado el año 2007. Los resultados los podemos observar a continuación.

¹⁷ Está referido al sector de pensionistas beneficiados en la modalidad de Renta Vitalicia. según Ley 20530.

Cuadro 4

Total de Población censada de Lima - 2007

VARIABLE / INDICADOR	Dpto. de LIMA		Provincia LIMA	
	Cifras Absolutas	%	Cifras Absolutas	%
POBLACION				
Población censada	8445211	100	7605742	100
Hombres	4139686	49	3713471	48.8
Mujeres	4305525	51	3892271	51.2
Población por grandes grupos de edad	8445211	100	7605742	100
00-14	2145822	25.4	1903099	25
15-64	5719577	67.7	5188323	68.2
65 y más	579812	6.9	514320	6.8
Población por área de residencia	8445211	100	7605742	100
Urbana	8275823	98	7596058	99.9
Rural	169388	2	9684	0.1
Población adulta mayor (60 y más años)	824,909	9.8	734681	9.7
Edad promedio	30.2		30.3	
Razón de dependencia demográfica 1/		47.7		46.6
Índice de envejecimiento 2/		38.4		38.6

Fuente: INEI - Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda

1/ Relación de la población de 0 a 14 años más la población de 65 y más años, entre la población de 15 a 64.

2/ Relación de la población de 60 y más años sobre el total de menores de 15 años.

Distribución de la Población Adulta Mayor en las Macro Zonas de Lima Metropolitana

Cuadro 5

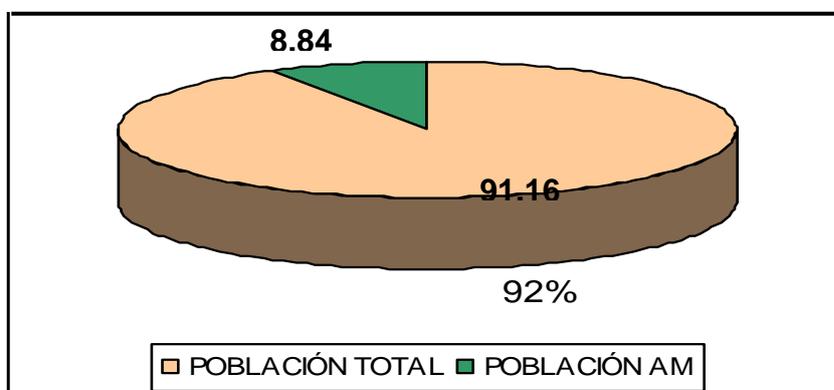
Lima Norte

DISTRITOS	POBLACIÓN TOTAL	POBLACIÓN AM	%
Ancón	33,367	2.278	6.83
Carabaylo	213,386	14.355	6.73
Comas	486,977	46.827	9.63
Independencia	207,647	20.890	10.03
Los Olivos	318,140	27.362	8.61
Puente Piedra	233,602	12.479	5.34
Rímac	176169	21.993	12.52
San Martín de Porres	579,561	52.778	9.12
Santa Rosa	10,903	698	6.42
Sub Total	2,259,752	199,660	8.84

Fuente: Elaboración propia según los resultados de los Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda – INEI

Gráfico 5

Lima Norte



Fuente: Elaboración propia según los resultados de los Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda – INEI

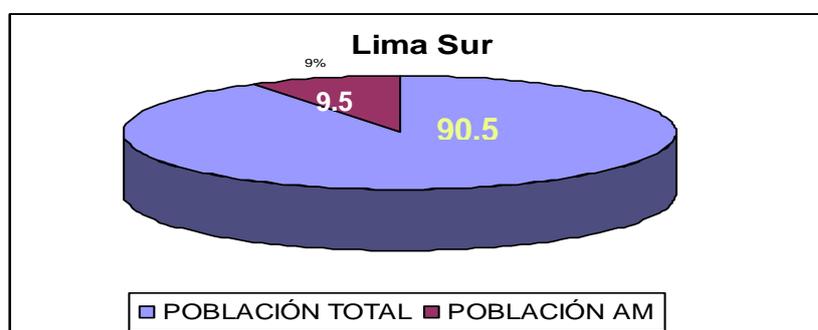
Cuadro 6

Lima Sur

DISTRITOS	POBLACIÓN TOTAL	POBLACIÓN AM	%
Barranco	33,903	6.096	18
Chorrillos	286,977	25.908	8.64
La Molina	132,498	16.585	11.07
Lurin	62,940	4.127	6.38
Pachacamac	68,441	3.221	4.43
Pucusana	10,633	723	6.28
Punta Hermosa	5,762	459	6.76
Punta Negra	5,284	454	7.65
San Bartolo	6,412	491	7.67
San Borja	105,076	18.887	16.66
San Juan de Miraflores	362,643	30.568	8.01
Santa Maria del Mar	161	18	7.95
Santiago de Surco	289,597	40.482	12.96
Villa El Salvador	381,790	24.560	5.65
Villa Maria del Triunfo	378,470	29.535	7.32
Sub-Total	2, 127,587	202, 114	9.5

Fuente: Elaboración propia según los resultados de los Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda - INEI

Gráfico 6



Fuente: Elaboración propia según los resultados de los Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda - INEI.

Cuadro 7

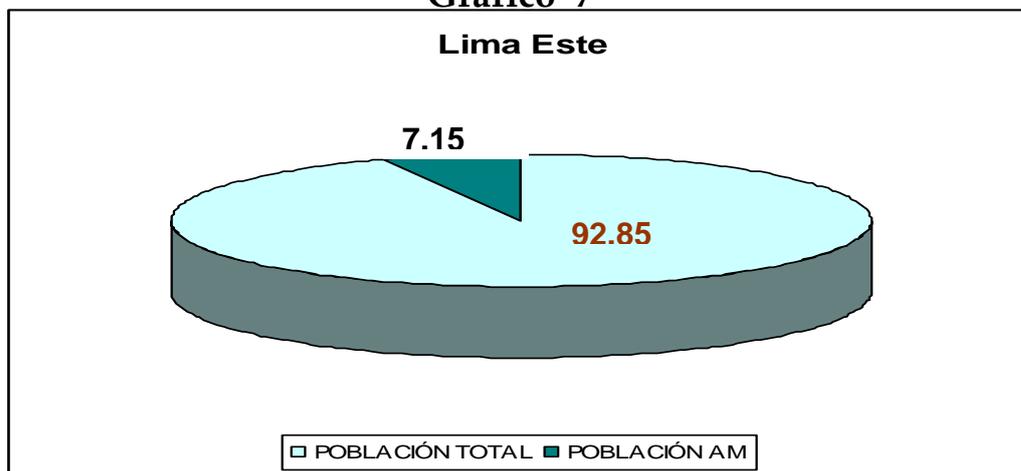
Lima Este

DISTRITOS	POBLACIÓN TOTAL	POBLACIÓN AM	%
Ate – Vitarte	478,278	31.413	6.28
Chaclacayo	41,110	4.808	11.01
Cieneguilla	26,725	2.262	6.71
El Agustino	180,262	14.906	8.11
Lurigancho	169,359	13.288	9.24
San Juan de Lurigancho	898,443	58.370	6.05
San Luis	54,634	6.759	13.08
Santa Anita	184,614	13.485	7.06
Sub-Total	2,033,425	145, 291	7.15

Fuente: Elaboración propia según los resultados de los Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda - INEI

Gráfico 7

Lima Este



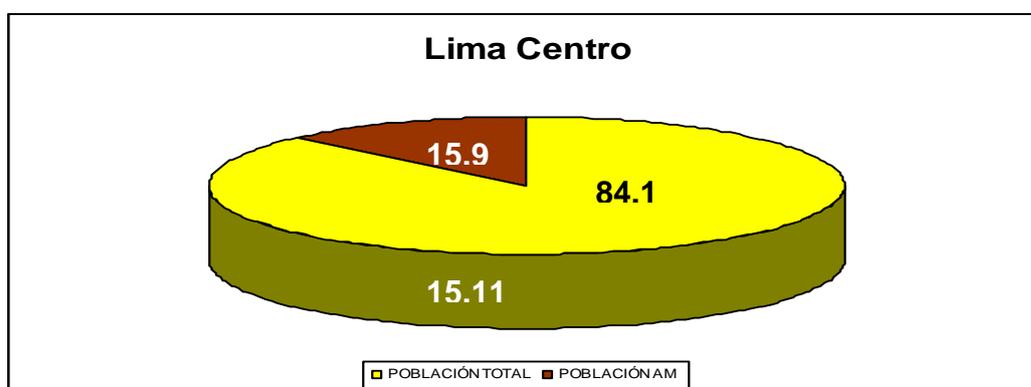
Fuente: Elaboración propia según los resultados de los Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda - INEI

Cuadro 8
Lima Centro

DISTRITOS	POBLACIÓN TOTAL	POBLACIÓN AM	%
Breña	81,909	12.737	15.29
Jesús Maria	66,171	12.818	18.69
La Victoria	192,724	24.316	12.42
Lima Cercado	299,493	41.271	13.8
Lince	55,242	10.009	18.13
Magdalena del Mar	50,764	8.668	16.55
Pueblo Libre (Magdalena Vieja)	74,164	13.851	18.5
San Miguel	129,107	19.701	14.62
Surquillo	89,283	13.134	14.12
Miraflores	85,065	18.078	21.25
San Isidro	58,056	13.033	22.45
Sub-Total	1, 181,978	187,616	15.9

Fuente: Elaboración propia según los resultados de los Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda - INEI

Gráfico 8



Fuente: Elaboración propia según los resultados de los Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda - INEI

2. Participación social y Derecho a la Salud en Lima Metropolitana.

Respecto a la situación en salud de las Personas Adultas Mayores, tenemos que a nivel de Lima Metropolitana, el número de ellos entre los 60 - 69 años que cuentan con algún seguro de salud es de 238, 270. De este número, se encuentran afiliadas únicamente al SIS unas 14, 069 Personas Adultas Mayores y sólo a Essalud unas 166,009, lo cual representa un porcentaje mucho mayor si lo comparamos al número de personas mayores beneficiarias del SIS que se atienden en los diferentes establecimientos de la red de hospitales del MINSA. En cuanto a las Personas Adultas Mayores de 70 años, las cifras no varían mucho. Así, son 240, 878 Personas Adultas Mayores en total las que sí cuentan con un seguro de salud. De ellas, únicamente se encuentran afiliadas al SIS 12, 335 Personas Adultas Mayores, a diferencia de aquellas que se encuentran afiliadas sólo a Essalud y que alcanzan a unos 173, 788 PAMs. Respecto al número de personas adultas mayores que se benefician de las atenciones tanto del SIS como de Essalud, estas sólo llegan a 360 Personas Adultas Mayores, cifra casi similar a los que, además de los beneficios de los anteriores, también cuentan con los beneficios de otro seguro particular (95 Personas Adultas Mayores) Sin embargo, un porcentaje significativo ubicado en este rango de edad, Personas Adultas Mayores de 70 años a más, no cuenta con ningún seguro de salud, lo cual alcanza en número a 141, 007 (INEI, 2008: 317).

Dentro de este escenario, vemos como en el caso de Lima Metropolitana dicho fenómeno va definiendo nuevas y renovadas formas de participación entre la población Adulta Mayor, esto con la finalidad las diversas dificultades que dicho sector debe afrontar, sobre todo en lo que respecta a temas como es el tema de

salud. Eventos como el 1er, 2do, y 3er Encuentro Latinoamericano y Caribeño de Personas Mayores¹⁸, así como el 1er y 2do Encuentro Metropolitano de Organizaciones de Personas Adultas Mayores¹⁹ son el escenario donde las propias Personas Mayores empiezan a discutir diversos temas de interés para su sector y es precisamente en estos espacios donde se hace más visible la importancia de la atención de este fenómeno del Cambio Demográfico, no sólo de parte de las propias Personas Mayores sino también de instancias tanto públicas como de la Sociedad Civil, particularmente de aquellas que vinieron y continúan trabajando este tema.

3. Investigaciones vinculadas con el desarrollo del estudio

Respecto a investigaciones referidas a la temática en salud de las Personas Mayores realizadas por la Universidad de San Marcos cabe destacar la investigación realizada por el Mg. César Arturo Acevedo Palma, quien llevó a cabo la investigación titulada *“Expectativas y satisfacción de necesidades del Adulto Mayor. Requerimientos de Política Social”* (Acevedo, 2007) presentada para la obtención del grado de magister en la modalidad de tesis en el año 2007. En ella, se hace un acercamiento descriptivo hacia la situación de las Personas Mayores del país en cuanto a sus principales necesidades vitales desde la percepción que ellos tienen de las mismas y cómo la no satisfacción de estas hace imperante el desarrollo de políticas sociales que permitan superar dichas carencias.

¹⁸ Estos eventos se realizaron: en mayo 2001 Lima, setiembre 2003 Colombia, octubre el 2005 Ecuador y noviembre 2007 Brasil respectivamente.

¹⁹ El Primer Encuentro de Organizaciones de PAMs de Lima Metropolitano se realizó el 02 de diciembre del 2005 y fue Convocado por: ANAMPER, la Mesa de Concertación de Lucha contra la Pobreza de Lima y, la Municipalidad de Lima Metropolitana. El 2do. Encuentro se realizó los días 21 y 22 de noviembre 2007 en Surco.

Por otro lado, una importante bibliografía referida a estudios realizados para analizar diferentes aspectos de la problemática de las Personas Adultas Mayores del Perú, han sido realizados por la ONG inglesa HELPAGE y sus respectivas contrapartes en el país. En relación al tema, tal vez una de las más importante sea la realizada por el investigador Federico Arnillas Lafert, actual Presidente de la Mesa de Concertación de Lucha contra la Pobreza, denominada *“Análisis del Presupuesto Público Nacional con enfoque en Personas Adultas Mayores”* (Arnillas, 2008), publicado en agosto del 2008. En este estudio, se muestra la forma cómo se distribuye el Presupuesto Público Nacional del país y a partir de esa distribución, donde se puede encontrar recursos para la atención de las principales necesidades de las Personas Mayores, sobre todo respecto a la que concierne a salud y pensiones.

Otro estudio importante realizado con el apoyo de HELPAGE es el denominado *“La salud de las Personas Mayores”* (HELPAGE, 2005), realizado en base a experiencias exitosas en donde la participación de las Personas Mayores, ha sido un elemento clave para mejorar en las condiciones de salud de este sector poblacional. Estas experiencias, recogidas de 04 diferentes países de la región (Argentina, Chile, Bolivia y Perú), nos muestran, al menos desde el caso del Perú, la realidad básica en salud que afrontan las Personas Mayores y cómo la participación de las mismas ha ayudado a hacer frente los principales condicionantes que obstaculizan el desarrollo de una salud exitosa

De igual manera, el Instituto de Geriátrica y Gerontología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia tuvo a su cargo la coordinación de los **estudios**

“Desarrollando Respuestas Integradas de los Sistemas de Cuidados de la Salud para una Población en Rápido Envejecimiento” – Estudio INTRA II y III (UPCH, 2004 - 2005). Ambos estudios, que constituyen una fotografía de la situación en salud de las Personas Adultas Mayores, se realizaron con el apoyo de la OMS en los años 2004 y 2006 respectivamente. Por otro lado, existen otros estudios realizados por el Instituto que, si bien es cierto están orientados hacia el campo de la salud, lo están desde una perspectiva más clínica que social. Sin embargo, no por ello dejan de constituir importantes iniciativas para la atención de los problemas de salud en este sector poblacional.

En cuanto a estudios específicos que incluyan algunas referencias al Adulto Mayor, se encuentra el trabajo de Felipe Portocarrero titulado ***“Políticas Sociales en el Perú: Nuevos aportes”*** (Portocarrero, 1999). Aquí, se plantea como uno de los principales objetivos que debe tener una sociedad de bienestar como la que nuestro país pretende alcanzar, el lograr que la población logre envejecer con salud y en buenas condiciones económicas, para lo cual será necesario romper con la visión negativa que se tiene de esta población y vislumbrar las ventajas con que esta población cuenta gracias a la experiencia adquirida por los años.

La III Conferencia Nacional de Salud realizada por FOROSALUD (Forosalud, 2006) produce, por otro lado, no solo un breve diagnóstico social y de salud sobre esta población, sino que realizará una serie de propuestas en cuanto a políticas públicas a favor de este sector. Al respecto, los diagnósticos efectuados por su Mesa Temática de Personas Mayores constituyen un elemento importante de información sobre el tema de la salud en esta población.

Otro estudio relevante es el que llevó a cabo la revista CULTURA de la Universidad San Martín de Porres titulado *“Entorno sociofamiliar del Adulto Mayor en el albergue Canevaro”* (UPSMP, 1999), que resalta sobre todo, por su aporte metodológico en cuanto al análisis de la situación social de los residentes, así como la realidad que enfrentan en materia de salud.

Otro estudio que merece ser considerado en esta investigación, es el realizado en las provincias de Lima y el Cusco y que se titula *“Perfil social y de salud de la población de tercera edad en Lima y Cusco”*, llevado a cabo por Magdalena Chu y Elsa Alcántara (Chu y Alcántara, 1993). Aquí, al igual que en el caso anterior, el aporte estaría dado a nivel metodológico, por cuanto presenta un estudio transversal efectuado en las ciudades de Lima y Cusco que revela su realidad en salud en relación a su vida cotidiana.

3.1. Estudios Generales

En cuanto a los estudios orientados hacia el análisis de las Políticas Sociales en el Perú, encontramos la obra del sociólogo Héctor Béjar titulada *“Política Social, Justicia Social”* (Béjar, 2005) la cual, aunque nos muestra un panorama general mucho mas profundo sobre la realidad de las políticas sociales en nuestro país, no menciona ningún punto concerniente a la problemática del adulto mayor, aunque destaca aspectos importantes como seguridad social, estado de bienestar y CIUDADANIA. Por otro lado, la obra de Juan Arroyo Laguna, *“Salud, reforma silenciosa”* (Arroyo, 1996), nos presenta la forma como se ha venido realizando la reforma en el sector salud y aunque tampoco considera enfáticamente la

problemática del Adulto Mayor, muestra como sí es posible llevar a cabo una verdadera reforma en salud en el Perú.

Otro estudio específico, en este caso referido a Essalud, es el realizado por el entonces congresista Luis Delgado Aparicio, quien realiza un análisis más detallado sobre Essalud y la seguridad social titulado *“La Seguridad Social en el Perú y al creación de Essalud”* (Delgado, 2001). La importancia de esta obra radicaría principalmente en el concepto de seguridad social que se maneja en el país y lo que esta significa a nivel no solo social sino también legislativo, tomando en cuenta el debate que se estableció en base a la creación del seguro social de salud y al surgimiento de las entidades privadas de fondos de pensiones, entre otros puntos.

3.2. En América Latina

A diferencia de lo que ocurre con el caso peruano, América Latina si ha venido teniendo avances importantes en cuanto a estudios referidos a la problemática de las Personas Adultas Mayores. Así, desde el lado de las propuestas de estudio y análisis, destacan aquellas llevadas a cabo por la CEPAL, quien a través de su centro de población y desarrollo denominado CELADE, ha venido elaborando una serie de propuestas, como se podrá ver a continuación.

Con relación a estudios que resaltan el aspecto de la seguridad económica para el Adulto Mayor destacan, en primer lugar, el Seminario-Taller *“Seguridad Económica del Adulto Mayor en América Latina y el Caribe”* (CEPAL, 2002a) el

cual aporta, entre otras cosas, un conjunto de propuestas formuladas para mejorar la seguridad económica y la satisfacción de las necesidades básicas de los Adultos Mayores, identificando los recursos necesarios para ello de manera que se les pueda garantizar una mejor atención en salud. En segundo lugar, estaría la propuesta de la boliviana Lic. Sonia Cuentas denominada *“Propuestas e iniciativas para la seguridad económica de los Adultos Mayores en América Latina y El Caribe”* (Cuentas, 2002), a través del cual va a proponer la necesidad de garantizar una real seguridad económica a esta población a través de políticas públicas que logren insertarlos al desarrollo nacional.

El estudio *“Protección Social de cara al Futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad”* (CEPAL, 2006), muestra en el capítulo IV el panorama del Envejecimiento en la Región, haciendo un acercamiento a la realidad en cuanto a salud y seguridad social de las personas mayores, así como los condicionantes para el desarrollo de una protección social integral para esta población, evaluando para ello la evolución del gasto público en salud y el gasto de bolsillo (Proveniente de las familias y el propio Adulto Mayor), así como la evaluación de indicadores de atención primaria y resultados de Salud Pública en los países de América Latina.

Por último, cabe resaltar la importancia del estudio de CEPAL llevado a cabo en Panamá titulado *“Seguridad económica en la vejez: Una aproximación inicial”* (CEPAL, 2003). Aquí, se realiza un análisis sobre el significado de seguridad económica para esta población, cual es la realidad que enfrenta y hacia donde debe apuntar para poder ser alcanzada e implementada, así como la manera

como esta seguridad económica debe ser respaldada por las políticas públicas, con el fin de garantizar un autentico bienestar al Adulto Mayor.

Un estudio específico relacionado con la temática de las políticas de salud, fue el de la Dra. Juana Silvia Opazo titulado *“Políticas Sociales de salud en el Adulto Mayor”* (Opazo, 2000). Aquí, el aporte fundamental a la investigación, estaría dado a través de la propuesta de lograr entre las personas adultas mayores y en la población en general, un cambio cultural y de mentalidad, de manera que los mayores puedan ser considerados como un verdadero capital humano y social disponible para el desarrollo del país.

En cuanto a propuestas para la formulación de políticas públicas y acciones desde la sociedad civil, destaca el trabajo de Alberto Viveros Madariaga, titulado *“Envejecimiento y Vejez en América Latina y El Caribe: Políticas Públicas y las acciones de la sociedad”* (Viveros, 2001), que nos presenta cierto número de iniciativas relacionadas a la atención de la problemática de las políticas públicas y las acciones que frente a esta situación deberá asumir la sociedad civil a favor de la población adulta mayor de América Latina. A su vez, señala aspectos puntuales de cómo se presenta la situación legislativa a favor de esta población en los diferentes países de la región, como es el caso de Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, El Salvador, Cuba, Perú, entre otros.

Sin embargo, ya antes, Paula Aranibar, presentaba un estudio denominado *“Acercamiento a la situación del Adulto Mayor en América Latina”*. (Aranibar, 2000). En este análisis, buscaba hacer hincapié en algunas de las más importantes

líneas teóricas y significados sobre el concepto de vejez, entendiéndolo sobre todo como fenómeno social. A su vez, abordaba también la problemática de la calidad de vida y bienestar frente a los problemas de desigualdad, dependencia y vulnerabilidad, así como el papel del estado en su dimensión política, económica y social en relación a la población Adulta Mayor.

El documento metodológico de Catherine Dusseau de Ibarra, *“Municipio Saludable y Vejez”* (Dusseau, 2003) , nos presenta, por otro lado, las diferentes experiencias adquiridas por 3 diferentes regiones bolivianas (Sucre, Coroico y La Paz), en relación a un proyecto municipal que se anticipó a lo que sería la implementación del Plan Nacional del Adulto Mayor en dicho país. Esta estrategia innovadora nos muestra así que no solo es posible implementar acciones desde las altas esferas del gobierno, sino que también es importante la participación municipal y vecinal en el trabajo que se realiza con esta población.

Para el caso de Chile, destaca un estudio sobre la atención médica que se titula *“Equidad en la atención médica del Adulto Mayor en Chile: Papel de la previsión”* (CEPAL, 2002 b). Aquí presenta la realidad en salud del Adulto Mayor en Chile y la necesidad de promover un sistema más equitativo en cuanto a atención sanitaria, debido a la persistencia de una serie de desigualdades tanto en el sistema público como en el sistema privado. Además, el Comité Nacional del Adulto Mayor en Chile, con el auspicio de CELADE, elabora en Noviembre de 1999, un documento a cargo de Irma Morales y Jorge Villalobos denominado *“Chile y los Adultos Mayores: Impacto en la sociedad del 2000”*, que resalta entre otros puntos, la realidad educativa del Adulto Mayor.

Un estudio importante realizado también por el Banco Interamericano de Desarrollo – BID denominado *“Más vale por viejo”*, a cargo del investigador Thomas Engler (Engler, 2002), nos presenta, a la luz de datos empíricos, la posibilidad del desarrollo de propuestas concretas que respondan a la realidad del Envejecimiento en América Latina. Para ello, se basa en enfoques como el de desarrollo humano, enfoque de participación para el ejercicio de los derechos y la revaloración de la imagen de la vejez como una etapa de oportunidades para el logro de un envejecimiento *“activo, productivo y saludable”*.

Finalmente, encontramos un análisis de caso titulado *“El problema del Adulto Mayor y las enfermedades catastróficas”*, presentado por Cristian Aedo (Aedo, 1996), el cual nos demuestra que, en realidad, ningún país ha podido superar con éxito la situación real que vive el Adulto Mayor en materia de salud y propone para ello dos soluciones: una a corto plazo y otra a largo plazo. En relación a la primera, señala que solo involucra a las personas Adultas mayores hacia las cuales el estado debería dirigir un subsidio que los cubra en las necesidades que no puedan satisfacer. En cuanto a la segunda alternativa, afirma que es necesario tomar en cuenta también a la población más joven, indicando a su vez la necesidad del ahorro individual para lo que pudiesen necesitar en un futuro.

4. Base jurídica y Normativa Nacional e Internacional vinculante con la población Adulta Mayor.

Las políticas sociales en el Perú se muestran dentro de un curso pendular en el siglo XX. Después de varias décadas de desamparo social, propio de las

sociedades tradicionales de inicios de siglo, se da una propuesta de seguridad social populista entre 1963-1975. Luego, durante la crisis de los 80 se retorna hacia una situación de relativo desamparo social hasta 1990, cuando a la crisis del modelo populista, se añade el ajuste económico del país. En 1993 se recomponen los servicios de salud y se renuevan los paradigmas y discursos del sector para realizarse una reforma de carácter eficientista, pues se va a expresar como una suma de reformas institucionales y no como una reforma sanitaria global. En esta década se producen en paralelo cambios a mediano plazo en el modelo económico dentro de un enfoque de mercado.

Es en esta coyuntura del año 1997 que se comienza a dar en el Perú los primeros intentos por abordar la problemática del Adulto Mayor, precisándose más concretamente en 1998, ya que en años anteriores sólo se encuentran indicios de una legislación dispersa en un compendio de dispositivos inconexos acerca de la situación del Adulto Mayor en general. En ese período surgen iniciativas de la sociedad civil para incorporar al Perú en el proceso de convocatoria de Naciones Unidas para la celebración del primero de octubre de 1999, resaltando la conformación de una Mesa de Trabajo que formuló los *“Lineamientos de Política a favor de las Personas Adultas Mayores”* y fuera refrendado por el Ex Promudeh mediante Decreto Supremo, el DS 010 – 2000.

Sin embargo será en 1999 cuando la Organización Panamericana de la Salud (OPS) convoca a los países de la Región al *“Foro Andino sobre Políticas para Adultos Mayores”*. Realizada en Lima se dan acuerdos para la conformación de Comités Intersectoriales que involucren la participación de la sociedad civil de manera que se pueden concentrar políticas, planes y programas orientados a mejorar las condiciones de vida de las Personas Adultas Mayores.

Frente a esta situación y como resultado de este Foro, se señala como responsable de la implementación de este acuerdo al Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano (Promudeh), quien propondrá los lineamientos de Política para las Personas Adultas Mayores en el Perú (Promudeh, 2001), formuladas desde la perspectiva del Estado y la Sociedad Civil cuyas bases van a ser tomadas por el Estado para traducirlos en acciones concretas y articulados en el “Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores” 2000 – 2006 dentro de la cual se plantearían políticas específicas referidas al problema de la salud (Promudeh, 2001: 6), cuyo objetivo va ser “mejorar el bienestar físico, psíquico y social de los adultos mayores, a través del incremento en la cobertura y la calidad de los servicios de salud, la garantía de una asistencia alimentaria y nutricional, y la generación de oportunidades para una vida armónica con su familia y su comunidad. Será entonces dentro de ellas donde se propongan la articulación y participación conjunta de PROMUDEH, MINSA, la Sociedad Civil y Essalud.

4.1. Las Normas Internacionales y las Personas Adultas Mayores:

1º. La Declaración Universal de Derechos Humanos (1948)

Ha sido ratificada por todos los países de la Región y reconoce a toda persona la igualdad ante la ley, tanto en derechos como en libertades sin distinción; la igualdad a la protección de la ley y la debida protección contra toda discriminación. Esta declaración, que es la base de la creación de las Naciones Unidas tiene que ver con la visión del mundo luego de la II Guerra Mundial y reconoce la igualdad entre todos los seres humanos, desde su nacimiento hasta la muerte. Por ello se le da la debida importancia a derechos como el de la

seguridad social creada para cubrir las contingencias que suceden durante nuestra vida, incluyendo la vejez y la muerte.

Lograr los derechos civiles y políticos no son suficientes para garantizar el goce de los Derechos Humanos en el mundo. Es necesaria la satisfacción de las demandas de la población para una vida digna a través del cumplimiento de los derechos económicos, sociales y culturales indispensables para dicho fin.

2º. Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Social y Culturales (PIDESC).

Fue adoptado por las Naciones Unidas en la Asamblea General mediante Resolución del 16 de Diciembre de 1966 y entró en vigor el 3 de Enero de 1976. En el PIDESC están considerados los derechos relativos a la edad, tales como el derecho a la seguridad social y a la protección contra la discriminación, entre otros derechos humanos. Este Pacto igualmente ha sido adoptado por la totalidad de los países de la Región.

3º. Carta de la Organización de Estados Americanos, reformada por el Protocolo de Buenos Aires en 1967, por el Protocolo de Cartagena de Indias de 1985, por el Protocolo de Washington de 1992 y el Protocolo de Managua de 1993.

Establece que el trabajo es derecho y deber social, otorga dignidad y protege a quien lo realiza, desde sus años de trabajo hasta la vejez; también impulsa que los Estados parte desarrollen eficientes políticas de seguridad social. Sobre la

educación establece que dentro del fortalecimiento de la labor educativa de los Estados deben fortalecerse los programas de educación de adultos.

4º. Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos "Protocolo de San Salvador" firmado el 17 de Noviembre de 1988 entró en vigencia el 16 de Noviembre de 1999. (no ratificado por Argentina y Bolivia).

Este Protocolo tiene presente que si bien los derechos económicos, sociales y culturales fundamentales han sido reconocidos en anteriores instrumentos internacionales, tanto de ámbito universal como regional, resulta de gran importancia que éstos sean reafirmados, desarrollados, perfeccionados y protegidos sobre la base del respeto integral a los derechos humanos.

Sobre la Protección de los Ancianos:

"... Toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad. En tal cometido, los Estados partes se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica y en particular a:

- a. Proporcionar instalaciones adecuadas, así como alimentación y atención médica especializada, a las personas de edad avanzada que carezcan de ella y no se encuentren en condiciones de proporcionársela por sí mismas;*
- b. Ejecutar programas laborales específicos destinados a conceder a los ancianos la posibilidad de realizar una actividad productiva adecuada a sus capacidades respetando su vocación o deseos;*
- c. Estimular la formación de organizaciones sociales destinadas a mejorar la calidad de vida de los ancianos."*

5º. Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento.

Aprobado en la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, celebrada en Viena en el año 1982(1ra. Asamblea Mundial sobre El Envejecimiento NNUU:1982), ha orientado el pensamiento y la acción sobre el Envejecimiento durante los últimos 20 años. Aquí se abordó por primera vez todo lo relacionado con los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

Los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas mayores, se establecen de acuerdo a la Resolución 46/91 (año 1991) de la sesión de la Asamblea, proporcionando orientación a los países miembros en temas como la independencia, la participación, los cuidados, la realización personal y la dignidad de las personas mayores. La Asamblea General hizo un llamamiento para la creación de infraestructuras de apoyo nacional encaminadas a promover políticas y programas sobre el envejecimiento en los planes y programas de desarrollos nacionales e internacionales.

El concepto de *Una Sociedad para todas las Edades*, formulado como tema del Año Internacional de las Personas Mayores, celebrado en 1999, tenía cuatro puntos:

- El desarrollo individual durante toda la vida;
- Las relaciones multigeneracionales
- La relación mutua entre el envejecimiento de la población y el desarrollo; y
- La situación de las personas mayores.

El Año Internacional contribuyó a promover la conciencia de esos problemas, así como la investigación y la acción en materia de políticas, en todo el

mundo, inclusión hecha de los esfuerzos por incorporar las cuestiones relacionadas con el envejecimiento a las actividades de todos los sectores y promover oportunidades relativas a todas las fases de la vida.

6º. Plan de Acción Internacional a favor de las Personas Adultas Mayores.

Acordado en la Asamblea General del 2,002 sobre Personas Mayores realizado en Madrid (2da. Asamblea Mundial sobre El Envejecimiento NNUU: 2002), tiene por objeto garantizar que la población mundial pueda envejecer con seguridad y dignidad, que sigan participando en sus respectivas sociedades como ciudadanos con plenos derechos sin discriminación. El objeto del Plan es ofrecer un instrumento práctico para ayudar a los gobiernos y sus funcionarios encargados de la formulación de políticas a considerar las prioridades básicas asociadas con el envejecimiento de los individuos y de las poblaciones. En el Plan se toman en cuenta las diferentes etapas del desarrollo y las transiciones que están teniendo lugar en diversas regiones, así como la interdependencia de todos los países en la presente época de globalización.

La **segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre El Envejecimiento**, organizada conjuntamente por la **Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)** y el **Gobierno de Brasil**, tuvo por objetivo evaluar los logros en la implementación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento y su Estrategia Regional para los países de América Latina y el Caribe. Es también una instancia para identificar los desafíos y las prioridades de acción para los próximos cinco años.

Además del Plan y su Estrategia Regional, tiene como marco de referencia los acuerdos establecidos en torno a la situación de las personas mayores en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Cairo,2004) y en la Plataforma de Acción de la cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995).

El tema global del primer ciclo de examen y evaluación de la Aplicación del Plan de Acción de Madrid es el **“qué hacer frente a los desafíos y oportunidades del envejecimiento”**, abordado en la Conferencia desde la perspectiva de *“una sociedad para todas las edades y de la protección social basada en derechos”*.

Los debates de la Conferencia se organizaron en cuatro sesiones temáticas:

- Área prioritaria I: Personas de Edad y Desarrollo
- Área prioritaria II: Salud y Bienestar en la Vejez
- Área prioritaria III: Entornos propicios y Favorables
- Aplicación y seguimiento de la Estrategia Regional sobre el envejecimiento.

Finalizada la conferencia se aprobó la **“Declaración de Brasilia”** como un acuerdo de los países, que fuera presentado en el 46º Periodo de Sesiones de la Comisión de Desarrollo Social de Naciones Unidas realizado en febrero de 2008 y en el XXXII Periodo de Sesiones de la CEPAL, Santo Domingo, 2008.

La **“Declaración de Brasilia”** ha fijado 29 recomendaciones las cuales reafirman la necesidad de fomentar espacios de diálogo que favorezca la participación de las personas mayores. Para ello invoca el fortalecimiento de las relaciones

Estado sociedad Civil como posibilidad para el desarrollo de políticas públicas en cada uno de los países.

El Perú participó con una delegación que incorporó representantes de las personas Adultas Mayores.

4.2. **Normas nacionales a favor de las Personas Adultas Mayores.**

1. **Constitución Política del Perú:** Promulgada en 1993.

Art. 4.- Dentro de las obligaciones del Estado "... la protección del anciano en situación de abandono". Existen normas sobre el deber de alimento familiar a los ascendientes y so pena el abandono de personas en peligro.

Artículo 10.- El Estado reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, para su protección frente a las contingencias que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida.

Art. 162.- Acerca de la Defensoría del Pueblo:

Defiende los derechos constitucionales y fundamentales de la persona y la comunidad y supervisa el cumplimiento de los deberes de la administración estatal y los SS.PP. de la ciudadanía.

2. **Ley Orgánica de Municipalidades – Ley 27972**

Establece las competencias y funciones de los gobiernos locales, tenemos que en materia de servicios sociales locales uno de los acápites señala el de difundir y promover los derechos del niño, adolescente, de la mujer y del

Adulto Mayor, propiciando espacios para su participación a nivel de instancias municipales.

Como función específica municipal en el área de Educación, Cultura, Deportes y Recreación se establece “Promover espacios de participación, educativos y de recreación destinados a Adultos Mayores de la localidad.

Sobre los Programas sociales, Defensa y promoción de Derechos, las municipalidades provinciales deberán “Establecer canales de concertación entre las instituciones que trabajan en defensa de derechos del niños y adolescentes, mujeres discapacitados y Adultos Mayores...”. En el caso de municipalidades distritales, éstas tendrán la responsabilidad de “organizar, administrar y ejecutar los programas locales de asistencia, protección y apoyo a la población en riesgo de niños, adolescentes, mujeres, Adultos Mayores...y otros grupos de la población en situación de discriminación”.

Como una de las funciones compartidas de las municipalidades distritales: “Difundir y promover los derechos del niño y del adolescente y del Adulto Mayor, propiciando espacios para su participación en el nivel de las instancias municipales.

3. Creación del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social - MIMDES:

- Reglamento de la Ley 27793, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social

- **Dirección General de Personas Adultas Mayores - DIGEPAM²⁰**. Se crea por D.S. 008-2002-MIMDES. Es el órgano encargado de promover, coordinar, dirigir, ejecutar, supervisar y evaluar las políticas, planes, programas y proyectos en el campo de las Personas Adultas Mayores, en especial en aquellas poblaciones que sufren discriminación y exclusión social, y se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema. Son funciones de la Dirección General de las Personas Adultas Mayores las siguientes:

- ⇒ Formular y proponer políticas y normas en temas de su competencia.
- ⇒ Dirigir, coordinar y supervisar la política nacional en materia de Personas Adultas Mayores, en concordancia con la legislación nacional y los acuerdos internacionales vigentes.
- ⇒ Diseñar y ejecutar estrategias de información, educación y comunicación en temas de su competencia.

Se han dado también los Lineamientos de Política para las Personas Adultas Mayores D.S. 010-2000-PROMUDEH, del 28 de junio del 2000 y el Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2002-2006 D.S. 005-2002-PROMUDEH del 6 de julio del 2002.

Con relación a este punto referido a la Participación Ciudadana de las Personas Adultas Mayores en los procesos de desarrollo, el **Plan Nacional 2002 - 2006** establece a nivel de sus políticas específicas de envejecimiento

²⁰ Con la incorporación de la Dra. Carmen Estela como Directora de la DIGEPAM en el año 2004, esta instancia deja de ser Dirección General y se convierte en una dependencia de la Dirección de Familia y Comunidad de MIMDES, adoptando el nombre de Dirección de Personas Mayores – DIPAM y manteniendo sus funciones.

saludable, una parte referida a la PARTICIPACION E INTEGRACION SOCIAL. Aquí, mas precisamente en el punto 23, se plantea lo siguiente:

- no sólo se debe crear normas, sino que también se deben crear las condiciones necesarias para fomentar la creación, reconocimiento, fortalecimiento, sostenibilidad e impulso de las ORGANIZACIONES, ASOCIACIONES Y REDES DE ADULTOS MAYORES, subrayando, entre otras cosas, la autogestión y la participación en el desarrollo integral de sus comunidades.

Otros puntos que merecen ser mencionados, son:

- El punto 24, propone “Convocar y coordinar con las organizaciones de Personas Adultas Mayores y establecer mecanismos de PARTICIPACION SOSTENIBLE, acorde a su condición específica de genero y cultura, en las diferentes fases de la implementación de las acciones programáticas que las beneficien”
- El punto 27, propone “Realizar campañas de información y sensibilización, orientadas a las instituciones y organizaciones del sector publico a fin de incentivar la participación de las Personas Adultas Mayores, en acciones de voluntariado intergeneracionales e intersectoriales dirigidas a la comunidad”
- Finalmente, el punto 28 establece “Incorporar, en los programas de ejecución de los diferentes sectores dirigidos al fortalecimiento de la familia, una línea de acción orientada a la reincorporación de las personas Adultas Mayores en los aspectos de la vida familiar, especialmente en la toma de decisiones.

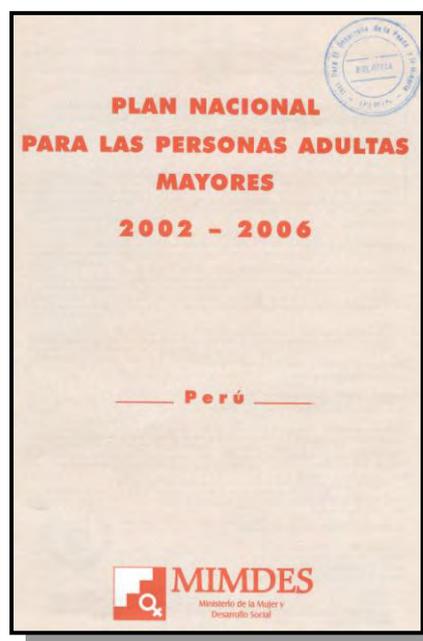
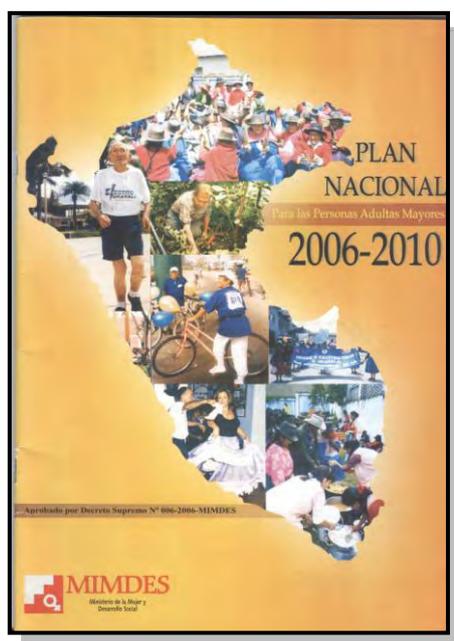
Además, en sus líneas estratégicas, destaca los siguientes aspectos:

- Coordinación permanente entre TODAS las instituciones responsables de la ejecución del Plan, y entre estas con las organizaciones no gubernamentales, las entidades privadas, universidades, ORGANIZACIONES DE ADULTOS MAYORES y otras organizaciones de la Sociedad Civil.
- La participación de las Personas Adultas Mayores y sus organizaciones en las diferentes fases y niveles de implementación del plan.

Esto se ve respaldado también en los objetivos del Plan, donde también introduce el enfoque de género, y plantea incrementar los niveles de participación social y política de los Adultos Mayores, especialmente de la mujer, de manera que los integre como agentes del desarrollo comunitario.

Gráfico 9

PLAN NACIONAL PARA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES



Fuente: MIMDES. Año 2002.

4. Sobre las pensiones por jubilación:

El sistema previsional peruano está constituido por tres regímenes especiales: El del Decreto Ley N° 19990 (Denominado Sistema Nacional de Pensiones – SNP), el Decreto Ley 20530 (Denominado Cédula Viva) y los Decreto Ley N° 19846 (Del 26 de diciembre de 1972) y Decreto Ley N°

21021(Del 17 de diciembre de 1974)²¹, que establece el Régimen de Pensiones Militar y Policial, así como la creación de la Caja de Pensiones Militar Policial respectivamente²², esta última con 140 mil aportantes en su haber: 70% de la policía y 30% de las Fuerzas Armadas (Marina, Ejército y Fuerza Aérea), y 30 mil pensionistas. En el caso de las Fuerzas Armadas, la instancia encargada de hacer efectivo el pago de las pensiones del personal en retiro es la Oficina Previsional de las Fuerzas Armadas – OPREFFAA, así como en el caso de la Policía Nacional es la Dirección de Recursos Humanos – DIRREHUM²³.

Con la reforma neoliberal de la Seguridad Social, el 1° de Junio de 1994 la Oficina de Normalización Previsional creada por la ley 26323 asume la administración del Sistema Nacional de Pensiones, con autonomía funcional, administrativa, técnica, económica y financiera, otorgando las prestaciones de vejez, incapacidad y muerte a través de pensiones de jubilación, invalidez y de sobreviviente respectivamente.

Por otro lado, la ley 25897 crea en el año 1992 el Sistema Privado de Administración de Fondo de Pensiones; ley que fuera sucesivamente modificada por las ley 26336 y 26504. Se expide así un Texto Único Ordenado mediante el D.S. 054-97-EF, y su Reglamento fue aprobado por D.S. 004-98-EF. Por lo tanto en el país tenemos dos sistemas, uno público y

²¹ Ministerio de Defensa. Exposición a la Comisión de Seguridad Social del Congreso de la República del 30 de setiembre de 2008 a cargo del entonces Ministro de Defensa, Dr. Antero Flores – Araoz E.

²² Hasta diciembre de 1973, es el FNP – Montepío el que pagaba las pensiones del personal militar en retiro a través de la Oficina Previsional de las Fuerzas Armadas – OPREFFAA. En adelante, con la creación de la Caja de Pensiones Militar Policial en 1974, ambos sistemas (Militar – Policial), serían unificados en un único Régimen.

²³ En el caso del personal de la Policía Nacional del Perú tanto en situación de actividad como en retiro, la atención integral en salud se da a través del Fondo de Salud Policial – FOSPOLI.

otro privado lo que no garantiza pensión a aquellos que no han aportado por más de 20 años.

Finalmente, se cuenta también dentro del sistema previsional peruano con la Caja de Beneficios y Seguridad Social del Pescador - CBSSP, creada mediante Decreto Supremo N°01 del 22 de enero de 1965, siendo reestructurada en el año 2004 por Acuerdo N° 012 – 002 – 2004 – CEMR – CBSSP. Es una institución que se constituye en virtud de la autonomía privada y particularmente de la colectiva; es decir, creada y administrada inicialmente por los propios empleados (trabajadores en actividad pesquera) y armadores (empleadores). Inicia así sus operaciones con el otorgamiento de beneficios sociales en vacaciones y cese de la actividad pesquera, incrementando posteriormente en sus servicios el pago de pensiones con el fondo de jubilación, gratificación y las prestaciones de salud. En la actualidad, la situación de la Caja de Beneficios y Seguridad Social del Pescador – CBSSP es crítica y se encuentra técnicamente quebrada, por lo cual se buscan medidas extraordinarias para aliviar la situación de los pensionistas y trabajadores pesqueros afectados²⁴.

5. Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores – MINSA.

A nivel de participación en el desarrollo, los Lineamientos de política del Minsa establecen un *Marco Para la Acción Pública en Salud de las*

²⁴ Informe emitido por la Comisión de Seguridad Social del Congreso de la República en base a lo discutido en la Audiencia Pública descentralizada llevada a cabo en Chimbote el 05 de marzo del 2010 denominada “Situación de la Caja de Beneficios y Seguridad Social del Pescador – Fondo de Jubilación minera, metalúrgica y siderúrgica”

Personas Adultas Mayores con Enfoque de Desarrollo, donde propone el diseño de políticas y estrategias de intervención que partan del reconocimiento y promoción de las capacidades y potencialidades de las Personas Adultas Mayores. De esta manera, estas serán intervenciones que habiliten a esta población para el cuidado, mantenimiento de su salud y la de los demás, así como para el ejercicio de sus deberes y derechos. *ES ASI COMO UNA INVERSIÓN EN SALUD SE CONVIERTE EN UNA INVERSIÓN SOCIAL, CON IMPACTOS SOSTENIBLES EN EL TIEMPO.*

En cuanto al **PROPÓSITO**, propone que “se debe tener en cuenta como protagonistas a la familia, la comunidad y EL PROPIO ADULTO MAYOR EN LA BÚSQUEDA DE SOLUCIONES LOCALES A SUS PROBLEMAS.

Finalmente, en lo concerniente a las estrategias que plantea, reafirma la importancia de la PARTICIPACIÓN DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES EN LAS ACCIONES DE SALUD, ya que plantea que, “*El diseño de esta estrategia de participación deberá hacerse teniendo en cuenta las especificidades locales y con el concurso de los mismos Adultos Mayores. Esta participación se iniciará desde el diseño mismo de la estrategia, en la identificación de sus necesidades de salud y la manera como desean ser atendidos; hasta la evaluación de los resultados y la calidad de la atención recibida*”.

6. El Acuerdo Nacional:

El Acuerdo Nacional, en su Décimo Primera Política de Estado, establece un compromiso de promoción de igualdad de oportunidades y de no discriminación. Así, se plantea lo siguiente:

- **Décimo Primera Política de Estado: *Promoción de la Igualdad de Oportunidades sin Discriminación***

“Nos comprometemos a dar prioridad efectiva a la promoción de la igualdad de oportunidades, reconociendo que en nuestro país existen diversas expresiones de discriminación e inequidad social, EN PARTICULAR CONTRA LA MUJER, LA INFANCIA, LOS ADULTOS MAYORES, las personas integrantes de comunidades étnicas, los discapacitados y las personas desprovistas de sustento, entre otras”.

Con relación al acceso a un empleo digno que garantice la participación de las PAMs en los procesos y planes de desarrollo, se establece en el inciso j de la Décimo Cuarta Política del Estado, lo siguiente:

- **Décimo Cuarta Política de Estado: *Acceso al Empleo Pleno, Digno y Productivo***
- *“Fomentará que los Planes de Desarrollo incluyan programas de empleo femenino y de Adultos Mayores y jóvenes”.*

Esto estaría garantizando su participación e inserción en los Planes de Desarrollo, de manera que se logre superar las situaciones de exclusión y marginación por las que atraviesan las PAMs. Así, será viable la construcción de un estatus de ejercicio ciudadano al que, como peruanos tienen derecho.

- Fomentar la Salud y el Bienestar hasta llegada de la Vejez
- Crear Entornos Propicios y Saludables

7. La Ley 28803 y su reglamento: Las Personas Mayores y la normatividad actual.

Entre las propuestas iniciales para la promulgación de la Ley de Adulto Mayor, se encuentran los Proyectos de Leyes N° 1644 y N° 6707 respectivamente, el primero de los cuales propone en el Art.8, Cap I, la creación de derechos en materia de salud, cuyos puntos centrales son el acceso, en casos de emergencia a los servicios de salud y el derecho a un Seguro Integral. En el Art. 11, Cáp. II, se plantean como deberes del Estado a nivel del Ministerio de Salud, el garantizar la existencia de Programas de Salud dirigidos al Adulto Mayor, así como de acciones de prevención y capacitación que sean acompañados del presupuesto adecuado para el caso. El referido Capítulo está dedicado entonces al tema de la Salud y Asistencia Social, destacando puntos referidos a la atención médica, preventiva, curativa y geriátrica. Dicho Proyecto de Ley (N° 1644) tuvo como autores a los congresistas Daniel Robles (presidente), a Iván Calderón Castillo como Vicepresidente y a Manuel Bustamante Coronado, como Secretario.

En el dictamen de la Comisión de la Mujer y Desarrollo Social recaen por otro lado los Proyectos de Ley N.º 1644, 2702, 4221, 4584, 4704, 4936, 4995, 6169, 7008, 7066, todos referidos a la formulación del texto de la Ley de las Personas Adultas Mayores, que destaca en un texto sustitutorio la atención integral en materia de salud, tal como aparece en el artículo N.º 9 de dicho proyecto de ley. Esta Comisión tuvo como presidenta a la congresista Rosa León Flores, como vicepresidenta a Rosa Yanarico Huanca y como secretaria a la congresista Dora Núñez Dávila. El dictamen de la comisión de derechos humanos, sobre el que recaen los Proyectos de Ley N.º 1644-2001 y N.º 7066-2002 también presentó un impulso a la creación de dicha ley. De estos proyectos, el primero señala como objetivo principal el garantizar la protección de los derechos de esta población, de manera que se mejore sus condiciones de vida, garantizando, entre otras cosas, el acceso sin discriminación a los servicios de salud. En cuanto al segundo proyecto, tendrá como objetivo el garantizar a las Personas Adultas Mayores el pleno ejercicio y protección de sus derechos, dentro de los cuales también está incluido el acceso y atención a los servicios de salud sin discriminación. Este dictamen tuvo como presidente a la congresista Rosa Núñez Dávila, como vicepresidenta a Gloria Helfer Palacios y como secretario a Luis Negreiros Criado.

Por último, el Proyecto de Ley Orgánica N.º 6902-2002, dirigido a la Defensoría del Pueblo para la creación de la Defensoría de la Salud y del Adulto Mayor, también constituye otra de las iniciativas orientadas al fortalecimiento del marco legal normativo favorable a la población Adulta Mayor. Esta iniciativa es sustentada y tiene como antecedente la misma creación del Seguro Social en el país, tal como señala la congresista Emma Vargas de Benavides miembro del

grupo parlamentario de Unidad Nacional que estuvo a cargo del mencionado Proyecto de Ley cuando afirma que *“la propia ley de creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD) en el literal k, Art. 2, Cap I de la ley n. 27056, plantea el desarrollo de programas especiales orientados al bienestar social, en especial del Adulto Mayor y las personas con discapacidad”*. Los otros proyectos de ley existentes son referidos sobre todo a proyectos de ley en materia cultural, como los proyectos de ley que buscan el descuento en las entradas a espectáculos culturales para las Personas Mayores.

A diferencia del Perú, los casos de Chile, México y Brasil muestran un mayor avance en cuanto a legislación existente. Si hablamos de Chile, podemos ver como una de las grandes metas del estado democrático chileno es el aumento de la equidad en la atención de salud, aún cuando el caso del Adulto Mayor, como lo señala la revista N° 78 de CEPAL (CEPAL, 2002: 135 – 137) todavía existe grandes diferencias en el acceso a la atención tanto entre seguros médicos público y privado como dentro de ellos. En México la ley del Instituto Nacional de Senectud (ISEN) establece que todo Adulto Mayor tiene derecho a una pensión universal de 15 dólares mensuales y a la gratuidad de los servicios médicos y medicamentos (González, 2003). Por último, en el caso de Brasil, se da una amplia protección jurídica al Adulto Mayor, en el Gobierno del presidente Lula da Silva, casos todos que muestran el gran impulso dado por estos países para mejorar la calidad de vida del Adulto Mayor, algo diferente de lo que en realidad ocurre en el Perú.

En resumen podríamos señalar las siguientes consideraciones:

1. Tanto la Declaración Universal de Derechos Humanos como el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, si bien ha sido firmado por el Perú, el Protocolo Adicional, que tiene normas que establecen una mayor garantía de cumplimiento, habiendo sido ratificado por el Estado peruano no es respetado a plenitud.
2. Junto con las leyes referidas a la seguridad social, cada vez más las modificaciones y reformas constitucionales vienen estableciendo acápites sobre los derechos de las Personas Mayores.
3. Igualmente la figura del Defensor del Pueblo establece condiciones que debe ayudar a la protección de los derechos humanos de las Personas Mayores. La Ley N° 28803, Ley del Adulto Mayor, tanto en su génesis como en el proceso de maduración para su promulgación, ha merecido la incompreensión de muchos líderes políticos y por ello su alcance limitado. No obstante las expectativas surgidas, es aún una Ley parcial y merece ser reformulada integralmente.

CAPÍTULO II: TRANSFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y ACTORES SOCIALES EN EL ESCENARIO DE LA SALUD PÚBLICA

Un aspecto muy importante que consideramos debe ser evaluado en el escenario del Envejecimiento Poblacional es el papel que han cumplido los diferentes actores sociales involucrados y comprometidos con esta problemática. Así, en este gran campo de acción donde se van definiendo estructuras sólidas en el imaginario y práctica social de los actores involucrados, a su vez se va definiendo la posición de cada uno de ellos; definición que se establece producto de la lucha que entablan dichos actores y en donde unos obtienen mejor ubicación que otros dependiendo del poder que detentan o que logren imponer sobre los demás.

De esta manera, en el “campus” o campo de acción del Envejecimiento Poblacional, tal como lo señala el sociólogo francés Pierre Bourdieu en su libro “*El sentido común. El sentido práctico*”, existe un conjunto de formas de comportamiento que este autor define como “habitus”. Estos, según el autor, son definidos como:

Sistemas de disposiciones durables y transportables, estructuras estructuradas, predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes, quiere decir en tanto que principios generadores y organizadores de prácticas y de representaciones que pueden ser objetivamente adaptadas a su objetivo sin suponer el objetivo consciente de los efectos y el control de las operaciones específicas necesarias para

su realización, y resolver objetivamente justo sin ser en modo alguno el producto de la obediencia a las normas, y, siendo por todo aquello, colectivamente orquestada sin ser producto de la organización de la acción de un director de orquesta” (Bourdieu, 1980: 88-89)²⁵.

Así, el habitus es entendido como el conjunto de disposiciones que determina la acción social de actores involucrados entre sí debido a la influencia que tiene en lo más profundo de su conciencia los lleva, aún sin intervención de un proceso de racionalización previo, a definir todo un sistema de relaciones entre ellos medidas bajo el cruce de las distintas formas de poder que puedan exponer; donde unos se ubican en situación de ventaja frente a los otros pero que no por ello dejan de necesitar la intervención de estos otros actores para el desarrollo de sus prácticas. Se entiende entonces que, pese a la lógica rentista en el comportamiento del Estado, aún así, en el discurso debe promover estrategias de movilización del conjunto de actores, públicos y privados, encaminadas al desarrollo de Programas Sociales y de atención de las necesidades básicas en la salud de las Personas Mayores.

Por tal motivo, a continuación vamos a conocer de manera más profunda cómo está caracterizada la acción de los actores más representativos en la dinámica del Envejecimiento Poblacional en el país para reconocer la ubicación y el lugar que ocupa cada uno de ellos y el impacto que desde sus respectivos sectores van teniendo en relación a la atención de este fenómeno que cada vez está apareciendo más visible a los ojos de la sociedad.

²⁵ Traducción Propia.

1. Concertando entre actores: MIMDES y su papel como ente rector en el diseño e implementación de Políticas a favor de las Personas Adultas Mayores. La Comisión Multisectorial.

El período de Transición Democrática a partir de noviembre del año 2000, alentó la conformación de espacios de diálogo entre Estado y Sociedad Civil, lo cual ayudó al desarrollo de prácticas inclusivas y participativas donde sectores mantenidos antes al margen de las discusiones y decisiones que se tomaban respecto a ellos iban siendo paulatinamente incorporados como parte del desarrollo de las políticas sociales a implementarse²⁶. Empiezan a madurar las condiciones para la inclusión del tema del Envejecimiento Poblacional en la Agenda Pública, lo cual durante el período anterior constituía un tema de poca importancia para los sectores de gobierno cuya principal preocupación se ceñía a la reactivación de la quebrada economía nacional y a garantizar la inversión extranjera aun a costa de la pobreza y precariedad de los sectores más vulnerables.

Hay que recordar que la inversión en gasto social de la década anterior tuvo un carácter eminentemente asistencialista y se aplicó principalmente de manera focalizada de acuerdo a las indicaciones y exigencias de organismos multilaterales quienes eran los que finalmente decidían sobre el desarrollo de la

²⁶ En un inicio la Comisión Multisectorial sólo estuvo conformada por instituciones públicas como es el caso de MINSA, ESSALUD y otros Ministerios. Posteriormente sería incorporada la Sociedad Civil y más adelante, en mayo del 2007, finalmente participarían representantes de organizaciones de Personas Adultas Mayores de las cuales la más importante en cuanto a su capacidad propositiva como de convocatoria sería la Red ANAMPER, como instancia representativa a nivel nacional.

política social en nuestro país. Por tal motivo fue sumamente difícil romper con toda una lógica de trabajo tecnocrata y rentista, muy anclada en las conciencias y el imaginario de los decisores políticos y de la sociedad en general que había internalizado a tal punto esta visión asistencialista que no dudaron, como hasta hoy, el considerar que el fenómeno Fujimori era una suerte de *esperanza mesiánica* de salvación para los sectores menos favorecidos del país.

En lo que concierne al abordaje del problema cada vez más latente del Cambio Demográfico, ya con el retorno a la democracia se daba inicio a iniciativas importantes, como lo que sucedió con el surgimiento de la Comisión Multisectorial y el afianzamiento de un fuerte bloque desde Sociedad Civil. La llegada de la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento llevada a cabo en Madrid del año 2002, muestra una delegación nacional bastante comprometida con posicionar el tema en la Agenda Nacional y comprometer el papel de los estados al respecto.

En el caso del Perú, la aprobación del Plan Nacional 2002 – 2006 fue una muestra clara de cómo la convergencia de esfuerzos desde todos los sectores, pero principalmente reconociendo el papel de la Sociedad Civil comprometida e institucionalmente unificada, puede lograr importantes cambios y gestar iniciativas a favor de un mayor interés por una temática en particular.

La Comisión Multisectorial del MIMDES encargada de la implementación de las políticas referidas a las Personas Adultas Mayores en el país surge entonces como un espacio de convergencia de los diversos sectores involucrados con el

fenómeno del Envejecimiento Poblacional en el país. Creada mediante Resolución Ministerial N° 332-03-PCM, es presidida por el MIMDES y está conformada por sectores del Estado y la Sociedad Civil y tiene por objetivo la implementación de acciones del Plan Nacional para Personas Adultas Mayores 2002 – 2006 (Que luego se ampliaría para convertirse en el Plan Nacional para Personas Adultas Mayores 2006 - 2010), así como su permanente seguimiento y evaluación. Como ente rector de las políticas referidas al tema, tiene la tarea de coordinar con los diferentes sectores con la finalidad de atender los diferentes aspectos vinculados a la mejora de las condiciones de vida de las Personas Adultas Mayores en base a 04 políticas²⁷ que guían la acción de esta Comisión y en las cuales el componente salud es reconocido como uno de los más necesarios de ser desarrollado bajo un enfoque integral.

Estos son, a grandes rasgos, las funciones que cumple dicha Comisión. Sin embargo, la visión que se tiene de la labor que ha venido cumpliendo estos años nos lleva a la afirmación de que no ha ayudado a lograr un mayor posicionamiento de la temática del Envejecimiento en la Agenda Pública, en gran medida porque no todos sus miembros tienen una real y activa participación, ya que el monitoreo de los avances del Plan Nacional actual evidencia que sólo se da en base a acciones dispersas que cada sector informa semestralmente a la Comisión sin preocuparse de la medición en cuanto avances a nivel de políticas.

²⁷ Las 04 políticas contempladas en el Plan Nacional para Personas Adultas Mayores 2006 – 2010 están referidas a Envejecimiento saludable, Empleo, previsión y Seguridad Social, Participación e Integración Social y Educación, conciencia y cultura sobre la vejez.

La discusión e intercambio de opiniones sobre cuáles son las acciones más viables para el desarrollo de políticas públicas efectivas que afronten los principales problemas de las Personas Mayores pasa un segundo plano entonces cuando las reuniones ordinarias de la Comisión sólo giran en torno a resúmenes descriptivos y anecdóticos de la mayoría de sus miembros (MIMDES, 2008). A ello se suma el escaso poder de decisión que los Ministerios otorgan a sus representantes (Forosalud, 2009: 7) y a la actitud de competencia entre algunas ONGs miembros con las organizaciones representativas de las Personas Mayores producto de *la búsqueda de un protagonismo mal entendido y de la prevalencia de un status e intereses particulares no afines con los de la población mayor* (Entrevista 5, Mg. Vega M – Mesa Perú).

Los sectores que integran esta Comisión son:

Sector Público:

- Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (que la preside)
- Ministerio de Salud
- Ministerio de Educación
- Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo
- Ministerio de Economía y Finanzas
- Oficina de Normalización Previsional
- Asamblea Nacional de Rectores
- Instituto Peruano del Deporte
- Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI
- Essalud

Sociedad Civil:

- Mesa de Trabajo de ONGs y Afines sobre Personas Adultas Mayores
- Consorcio Perú
- Asociación Nacional de Organizaciones de Personas Adultas Mayores del Perú – Red ANAMPER (Incorporada a la Comisión desde mayo del 2007)
- Central Provincial de la Tercera Edad del Callao – CEPRATEC.

Pese a ello y aunque es en gran medida responsabilidad del Estado la viabilidad de los compromisos de dicha Comisión, lo cierto es que las principales acciones al respecto han venido mayormente desde la esfera no pública, como es el caso de las instituciones de la Sociedad Civil y, sobre todo, de las mismas PAMs organizadas, cuyo ejemplo central lo encontramos en la Red ANAMPER, la cual si bien es cierto desarrolla con mayor fuerza acciones de incidencia política a partir del año 2005, es ya para el año 2007 donde estas acciones son reconocidas por el Ministerio de manera formal al incorporar a esta organización representativa como miembro activo de la mencionada Comisión Multisectorial²⁸.

Quisiéramos remitirnos en esta parte al papel que han venido cumpliendo los diferentes actores que intervienen en las discusiones y decisiones que se toman alrededor de la Comisión Multisectorial para evaluar de esta manera su comportamiento como colectivo. Ciertamente, la iniciativa surgida en torno a la conformación de una Comisión Multisectorial constituyó un importante avance en cuanto a la democratización de la atención y visibilización del cambio

²⁸ La Red ANAMPER recibe la comunicación de su incorporación a la Comisión Multisectorial del MIMDES el 03 de mayo del 2007.

demográfico por el que está atravesando el país, pero en la práctica realmente aún no ha logrado posicionarse como espacio de gestación de políticas públicas que recoja la opinión y represente verdaderamente las principales necesidades de las Personas Mayores.

En la valoración de estas responsabilidades ocupan un lugar muy importante las diferentes instituciones que la conforman, pues como dependencia del MIMDES, si bien es cierto su principal función es la de constituirse como ente rector y normativo, su acción no sólo debe quedar allí sino que como instancia de gobierno ha debido promover prácticas inclusivas y participativas entre organizaciones de Personas Mayores sin que ello signifique intervenir de diferentes formas en la vida institucional y orgánicas de las mismas, muchas veces apoyada a través de algunas ONGs que en el discurso promueven el protagonismo de este sector, pero que en la práctica desarrollan una competencia desleal con la misma, la cual se hizo mucho más visible durante los últimos años (Red ANAMPER, 2008) y que es repetitiva en el comportamiento de algunos miembros de la Dirección de Personas Mayores del mencionado Ministerio²⁹

Sobre la participación que tendrían las demás entidades públicas al interior de la Comisión, también encontramos algunas dificultades, sobre todo en lo que respecta a la continuidad en la participación de una misma persona que represente a un determinado organismo público. Esto se ve claramente en el hecho que en la mayoría de ellos no asiste siempre la misma persona y los que asisten casi siempre se encuentran imposibilitados para tomar decisiones que

²⁹ Ver correo electrónico enviado por la Mg. Elia Luna del Valle, responsable de la Dirección de Personas Adultas Mayores del MIMDES a la actualidad, a los hasta entonces miembros de la Comisión Multisectorial, emitida en los primeros meses del 2007 y que evidencia la forma cómo esta instancia intentó manejar el proceso de elección de quién sería el representante de las Personas Mayores ante la mencionada Comisión.

comprometan la acción de sus respectivos sectores, tal como sucede con instancias de gran importancia en el tema como MINSA y ESSALUD.

2. ESSALUD y su programa especializado dirigido a la población Adulta Mayor como iniciativa pionera de atención a este sector poblacional.

Con respecto a la Seguridad Social a cargo de ESSALUD, según datos proporcionados por el estudio “Perfil del Adulto Mayor – INTRA II”, tenemos que para el año 2004, pese a que las Personas Mayores conformaban sólo un grupo minoritario (Representaban sólo el 13% del total de asegurados), era el sector que más utilizaba los servicios de salud, utilizando en promedio el 25 % del total de atenciones³⁰, fuera de los otros programas especiales orientados a enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes, osteoartritis, asma y otros servicios exclusivos como el Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI), los Centros del Adulto Mayor (CAM) y las Unidades Básicas de Atención al Adulto Mayor (UBAAM), lo cual elevaba el uso de los servicios a un 30% en relación a los otros grupos poblacionales.

El desbalance que se produce entonces es bastante significativo, pues los 84 millones de soles anuales (el 21% del gasto) que los adultos mayores aportaban no lograban cubrir sus costos de atención, que alcanzaba los 390 millones de soles; razón por la cual debía de ser cubierto con un subsidio de 78.46% (OMS, 2004: 109). Este desequilibrio entre aportaciones y gastos en servicios se explica por el crecimiento demográfico que esta población ha sufrido en los últimos años

³⁰ Según cifras mostradas en el INTRA II, estas atenciones eran principalmente en los rubros de consulta externa (25%), hospitalización (29%) y emergencia (22%).

y que era claramente visibilizado en las proyecciones establecidas por Essalud (Essalud, 2004: 3) y contribuye, según Essalud, a que el presupuesto para las prestaciones sociales sea muy bajo (1% del presupuesto general), lo cual significa que se gasta más en actividades recuperativas que en actividades de prevención y promoción de la salud. A esto hay que sumarle el hecho de que los servicios que se prestan a los Adultos Mayores no se coordinan ni articulan entre sí en beneficio de este sector, lo cual es agravado además por la escasez de recursos humanos (médicos y enfermeras) calificados y especializados en geriatría y gerontología.³¹

En ese sentido, la Gerencia de División de Prestaciones manifiesta que no existen políticas claras de salud que enfatizen sobre todo en el área de promoción del envejecimiento saludable. El análisis FODA de Essalud (Essalud, 2000) concluirá entonces que si bien el sistema de atención en general tiene la concepción de brindarle una atención integral y continuada al adulto mayor, falta coordinación entre los diferentes niveles así como en la articulación de las prestaciones de salud y prestaciones sociales. Por tal razón, se afirma que la calidad de la atención en general no es óptima en parte por la gran demanda, las limitaciones presupuestales y la falta de políticas integrales y de una cultura gerontológica.

Ahora bien, en relación a la práctica institucional de Essalud y según la opinión del Dr. River Cersso (Entrevista 6, Dr. Cersso – Essalud), responsable de la Subgerencia de Protección al Adulto Mayor de Essalud desde el año 2006, esta institución ha experimentado un cambio en lo que respecta a la relación y formas de trabajo con la población Adulta Mayor asegurada y participante de los CAM

³¹ Datos proporcionados por el entonces Gerente de División de Prestaciones de Essalud, Dr. Humberto Zanelli Reyes.

(Centro de Adulto Mayor), cambio que coincidió con el período de reestructuración en donde se pasó de Gerencia de División de Prestaciones a Gerencia de Prestaciones Económicas y Sociales³². Gracias a esta nueva forma de gestión institucional, según comentarios del Dr. Cersso, las Personas Adultas Mayores han empezado a tener una participación más activa en las decisiones que se toman al interior de Essalud con respecto a ellos, aunque todavía no plenamente. Sobre este aspecto, nos señala que...

“Todos los adultos mayores del Seguro Social, miembros de los hoy en día 114 Centros a nivel nacional y 25 a nivel de Lima Metropolitana, se encuentran representados por la Comisión Nacional formada por 05 adultos mayores...ellos no solamente vienen sino participan de reuniones con la Gerencia General, con el área correspondiente; sugieren temas, están involucrados...Nosotros, entendidos en los conceptos de la Gerencia horizontal, desterrando las gerencias verticales y autoritarias, casi dogmáticas que dictaban las decisiones, los involucramos constantemente y a veces hasta discrepamos, porque consideramos que sus opiniones, que por supuesto son valederas, pero hay conceptos de formación e instancias de decisión” (Entrevista 6, Dr. Cersso – Essalud).

Además de ello, resalta la decisión política que ha debido de haber para que esta participación, aún cuando es incipiente, se haga visible, tal como lo muestra al señalar que se ha venido fomentando la participación de representantes adultos mayores tanto de Essalud como del sector no asegurado en las Mesas Macroregionales implementadas por esta instancia, destinadas a discutir los contenidos de sus Planes de Gestión (Entrevista 6, Dr. Cersso – Essalud). Un aviso de ESSALUD del 1° de setiembre del 2004 y publicado por la Red Latinoamericana de Gerontología da cuenta de sus actividades:

³² Resolución emitida el 21 de febrero de ese año. En ella se establece el cambio de Gerencia de División de Prestaciones a Gerencia de Prestaciones Económicas y Sociales, de la cual depende la Subgerencia de Protección al Adulto Mayor.

Gráfico 10

La Seguridad Social del Perú- ESSALUD está organizando durante el presente mes los siguientes eventos: (1-9-2004)

Setiembre 8 y 9:

"Taller de validación del Plan de ESSALUD para las Personas Adultas Mayores 2004 - 2006", el mismo que se llevará en concordancia con el Plan Nacional, y tiene por objetivos:

Consensuar y validar las actividades para el cumplimiento de las medidas del "Plan Nacional para las Personas Adultas mayores 2002 - 2006"

Coordinar las actividades en relación a las medidas del Plan en función de lo que compete realizar las diferentes Gerencias de EsSalud que atienden a este grupo etéreo en Lima Metropolitana, con un enfoque integral; para su posterior implementación.

Unificar criterios técnicos administrativos para proponer eficientemente la implementación de las medidas del Plan, dentro de su ámbito de competencia y quehacer profesional en el desarrollo institucional a favor de las personas mayores

Septiembre 27 y 28:

"Conferencia Internacional sobre Servicios Sociales y Sanitarios para las Personas Adultas Mayores"

El mismo que tiene por objetivos:

Difundir los conocimientos básicos de la organización de los Servicios Geriátricos Gerontológicos a fin de incorporar una cultura de desarrollo de los mismos

Sensibilizar y motivar a los profesionales de salud y a los decisores de políticas sobre la organización de los servicios sociales y sanitarios para las personas mayores.

Para mayor información contactar a Ysabel Benate Gálvez, Coordinadora Nacional del Área Adulto Mayor, Gerencia Central de Atención Primaria, ESSALUD. ybenate@essalud.gob.pe

Elaboración: propia

Por otro lado, también se señala que esta nueva política de apertura mostrada por Essalud ha permitido su vinculación con otros sectores importantes, como gobiernos locales y regionales así como con diversas instituciones involucradas en el tema, como la Sanidad de las Fuerzas Armadas y policiales. Todo esto reforzado a su vez por un incremento presupuestal que, en relación al anterior, es el triple en cuanto a monto, lo cual está permitiendo a los Centros de Atención al Adulto Mayor - CAM poder contar con mayores recursos para la atención de sus principales necesidades, reduciéndose el porcentaje cubierto por los mismos adultos mayores asegurados. Esto, según comentarios del Dr. Cersso, fue resultado de *“la aprobación y previo sustento de un proyecto, un plan de trabajo, orientado por una visión* (Entrevista 6, Dr. Cersso – Essalud). Sin embargo, pese a los avances señalados como el incremento de presupuesto y la apertura de la población Adulta Mayor asegurada a los espacios de decisión, la valoración que uno hace desde la práctica de los asegurados, evidencia aún muchas deficiencias debido principalmente a que la política institucional, tal como sucede en las demás instancias del Estado, todavía mantiene rezagos de naturaleza estructural asistencial que deben ser superados para generar un real cambio.

Por último, quisiéramos señalar que entre los servicios brindados por los CAM en la actualidad³³, se encuentran los siguientes:

- Programa de Estilos para un Envejecimiento Activo
- Programa Intergeneracional

³³ Según el Dr. Cersso, también los CAM han experimentado cambios sustanciales pues no son más hace dos años y medio *“...clubes donde se hacen “fiestitas y viajeitos para los viejitos”. No son clubes. Son Centros Gerontológicos científicos, sociales, donde se fortalece al adulto mayor como un miembro del equipo actor por el desarrollo del país...”*

- Proyecto Red de Soporte familiar
- Proyecto Microemprendimiento para Personas Mayores.

De entre ellos, el Programa Intergeneracional representa una nueva e innovadora forma de acercar a dos grupos etáreos disociados por sus diferentes formas de ver la vida, pero que de complementarse entre sí logran resultados extraordinarios en la búsqueda por el establecimiento de sinergias positivas en pos de un desarrollo más viable en el país. Al respecto, el Dr. Cersso nos comenta

“Ellos están actualmente participando de un Programa que hemos organizado que es el intergeneracional: Adultos Mayores con adultos jóvenes, nietos o jóvenes. Así como hay redes de jóvenes, hay que involucrarlos en el concepto del siglo XXI. Entendemos nosotros que el siglo XXI es el siglo del conocimiento y por concepto el conocimiento es la suma de la información más la experiencia. La información en su mayoría lo tienen los jóvenes y la experiencia que la tienen los Adultos Mayores. Este es el eje del Programa Intergeneracional” (Entrevista 6, Dr. Cersso – Essalud).

En suma, podemos decir que, efectivamente aún cuando se haya operado un cambio significativo en la práctica institucional de Essalud, es necesario mejorar más los niveles de participación de las Personas Mayores, no sólo de las aseguradas sino también de las no aseguradas y de la relación entre ambas, de manera que se logre una mejor atención a las consecuencias que el cambio demográfico tenga para esta población, pues a pesar que desde Essalud se afirma haber experimentado cambios positivos en lo que respecta a la situación de salud de la población mayor, esta todavía no lo reconoce como tal, lo cual nos muestra que su impacto en ellos ha sido muy leve, tal como se ve en los resultados obtenidos en el grupo focal realizado para efectos de esta investigación en donde

señalan que *“Las autoridades tienen otras prioridades. No nos toman en cuenta. Además, se presenta un reiterado manejo del poder en las entidades públicas (Grupo Focal, 2009: 06).*

De allí la importancia del desarrollo de procesos de Vigilancia Ciudadana, los cuales han tenido un impacto positivo en el afianzamiento del ejercicio de ciudadanía de las Personas Mayores, tal como lo experimentaron organizaciones de PAMs de los distritos de Los Olivos y Villa El Salvador en la experiencia piloto de vigilancia ciudadana a los servicios de salud realizada por estas organizaciones con el acompañamiento de Forosalud y que reafirmaron las opiniones surgidas en el focus group antes mencionado respecto a la baja calidad de los servicios de salud. Así, tenemos que el 48 % de entrevistados pertenecientes a Essalud señalaron sentir que la atención no es buena. Al respecto, uno de los entrevistados comenta *“...los médicos si tu les caes bien, te atienden bien, sino, no te atienden tampoco”* (Forosalud, 2009: 8) ³⁴

3. El Ministerio de Salud y su experiencia en el desarrollo de Políticas Sanitarias orientadas a la atención de la población Adulta Mayor.

El Ministerio de Salud, como principal instancia pública responsable de la atención y desarrollo de la política sanitaria en el país, ha participado en importantes estudios referidos a la atención del tema de la salud en las Personas Mayores y los aspectos más importantes que intervienen en el desarrollo de una salud de calidad. Estamos hablando de los estudios

³⁴ Testimonio: Hospital de Los Olivos – Los Olivos. Noviembre del 2008.

INTRA³⁵, realizados por iniciativa de la OMS que estuvieron orientados a investigar las condiciones de la población Adulta Mayor de los países en desarrollo. Dicho proyecto, que hasta la fecha se ha trabajado en tres fases, fue desarrollado según información proporcionada por el Instituto de Geriatria y Gerontología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, de la siguiente manera:

La primera fase denominada INTRA I adoptó el uso de investigación cuantitativa en seis países basada en los tres pilares fundamentales de los sistemas de cuidado de salud, los usuarios, profesionales de la salud y las personas a cargo de la toma de decisiones y políticas de múltiples sectores.

En nuestro país el estudio INTRA II permitió conocer la realidad de la atención en los Centros de Salud, donde los diferentes actores participantes: médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y usuarios muestran niveles bajos de satisfacción y elevados de frustración por las limitaciones que encuentran diariamente, No obstante esa realidad percibida, los participantes mostraron su inquietud y deseo de encontrar alternativas de solución que han sido plasmadas en actitudes proactivas que comprometen a respuestas de cambio efectivas a corto y mediano plazo.

El estudio INTRA II, permitió publicar el Perfil del Adulto Mayor en el año 2004 en base a información recolectada de diferentes fuentes, no necesariamente homogéneas, algunas nacionales y otras extranjeras (OPS/OMS) así como con información oficial correspondiente al último Censo Nacional realizado en 1993 y a las Encuestas Nacionales de Hogares (ENAHO) realizadas desde el año 1995 hasta el 2002.

En el año 2006, se desarrolló el estudio INTRA III, también con la coordinación general del IGERO, con el objetivo de describir y

³⁵ Significado de la sigla INTRA: “Desarrollando Respuestas Integradas en Sistemas de Salud para Poblaciones en Rápido Envejecimiento”

entender las barreras reales y percibidas para acceder a las postas o centros de salud entre la población no-usuaria de estos servicios de atención primaria con la finalidad de desarrollar estrategias basadas en evidencias para hacer de los servicios de atención primaria estatales mas apropiados, accesibles y responsivos a las necesidades de los no-usuarios. Las conclusiones encontradas en nuestro país fueron que la principal razón por la que la población no acude a los Centros de Atención primaria en salud es la escasez de recursos económicos, esto ocurre principalmente en el sector socioeconómico urbano bajo y en el rural; le siguen como causas de no asistencia las deficiencias en la atención en salud debido a problemas administrativos, prolongados tiempos de espera y el maltrato por parte del personal de salud y administrativo del centro de salud. Los participantes notaron que existe escasez de programas preventivo-promocionales en salud con énfasis en salud mental y capacidad funcional. Asimismo se encontró una falta de educación de la población Adulta Mayor acerca de la importancia de la prevención y controles medico periódicos aunque los participantes destacaron la importancia de cuidar su salud para vivir más, mantener su independencia, seguir apoyando a su familia y conservar sus roles vigentes³⁶.

Cabe resaltar que la participación del Perú en este proyecto se ha dado únicamente en las fases II y III del mencionado estudio a cargo del Instituto de Geriatria y Gerontología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y en el cual también participó el MINSA en su papel de ente rector de la política de Estado en salud.

Respecto a las acciones desarrolladas por el referido Ministerio, tenemos la implementación del Programa Etapa de Vida Adulta Mayor, dependencia de la

³⁶ Información extraída de la web del Instituto de Geriatria y Gerontología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia: http://www.upch.edu.pe/vrinve/gerontologia/present_invest.html

Dirección General de Salud de las Personas en la Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud, el cual tiene como sustento legal a los Lineamientos para la atención integral de salud de las Personas Adultas Mayores (MINSA, 2005) ³⁷. Dichos lineamientos, parte de los lineamientos de políticas del sector 2002 – 2012, se basan en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) desarrollado por el MINSA y que desarrolla la atención integral de Salud por Etapas de Vida (MINSA, 2005: 3), una de las cuales es la Etapa de Vida Adulta Mayor.

Con relación al ejercicio de ciudadanía en Salud, los Lineamientos contemplan un espacio destinado a señalar la importancia de la participación de las Personas Mayores en los proceso de elaboración y vigilancia de las políticas en salud. Al respecto, señala que

La promoción de ciudadanía en salud entre las Personas Adultas Mayores implica que el Estado facilite el acceso y promueva el conocimiento de los servicios, manteniendo una actitud permanente de escucha para la adecuación de las políticas e intervenciones al perfil epidemiológico – social y a sus expectativas de atención. Así mismo se requieren mecanismos e instrumentos para su efectiva participación en el diseño, ejecución y vigilancia de dichas políticas (MINSA, 2005: 18).

En ese sentido, su participación como miembro de la Comisión Multisectorial del MIMDES en lo que a políticas de salud y políticas vinculantes con el tema además, bajo una lógica de trabajo congruente en muchos aspectos con las instituciones de la Sociedad Civil miembros de la Comisión y bastante cercano a las acciones y propuestas que desde las organizaciones de Personas Mayores se ha venido planteando, facilitando un ambiente de apertura hacia ellos que si bien

³⁷ En base a los compromisos asumidos a nivel internacional, el Ministerio de Salud inicia su elaboración en el año 2003. Sus resultados son publicados en el año 2005 por el mencionado Ministerio.

es cierto no se ha concretizado a nivel de alianzas de carácter formal con las organizaciones, ello no significa que al menos desde la gestión actual se haya brindado a las mismas la oportunidad de plantearlas y sustentarlas. Al respecto, el representante de la Etapa de Vida Adulta Mayor del mencionado Ministerio, Dr. Juan del Canto y Dorador, siempre ha mostrado disponibilidad de participar de diferentes eventos desarrollados por las organizaciones, sobre todo con la Red ANAMPER y de igual forma, ha mantenido en constante comunicación a las mismas de las actividades desarrolladas por el MINSA. Sin embargo, todos estos avances no los vemos traducidos aún en su totalidad en reales cambios en lo que respecta a calidad, calidez y cobertura de los servicios de salud proporcionados por este Ministerio, el cual en lo que respecta específicamente a salud desarrolla su actividad a través del Seguro Integral de Salud – SIS que está dirigido a aquellos que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema, como es el caso de los sectores vulnerables del país entre los que se encuentran las propias Personas Mayores, quienes no perciben un verdadero progreso en cuanto a mejora de la atención de sus necesidades en salud. A la actualidad y según datos proporcionados por el INEI en base al Censo de población de 2007, sabemos que 14,069 PAMs se encuentran afiliadas sólo al SIS en Lima Metropolitana frente a los 166,009 de Personas Mayores afiliados a Essalud, lo cual nos muestra que las brechas de desigualdad y exclusión existentes permanecen latentes en nuestro sistema sanitario de hoy y que se evidencia más aún tratándose del tema salud.

4. Rol de la Universidad Peruana e implicancias del Envejecimiento Poblacional en la salud de la población Adulta Mayor:

El proceso de Transformación Demográfica ha impuesto un tratamiento inter y multidisciplinario, a la vez que geriátrico y gerontológico; lo cual, ubicado en el curso de su tendencia nos aproxima a una idea general acerca del rol de la Universidad Peruana y el curso que ha tomado los últimos años el involucramiento de centros académicos y universitarios, resultando preocupante el distanciamiento de la investigación respecto de los fenómenos sociales de gran trascendencia para el país (El cambio Demográfico es uno de ellos) y su desinterés por la renovación curricular que ha mostrado la universidad pública. Desde el lado de las universidades privadas ha sido pionero el esfuerzo del Instituto de Geriatria y Gerontología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, uno de los principales impulsores en el campo de la investigación. Sin embargo, si bien es cierto desarrolla diversas actividades orientadas al conocimiento de la realidad en salud de las Personas Adultas Mayores, estas se direccionan hacia el lado de la geriatría, relacionado con la salud física de las Personas Mayores. Al respecto, el Dr. Mario Ríos, profesor de la mencionada universidad, señala que *"... las investigaciones del Instituto de geriatría y gerontología están más concentradas en el ámbito clínico, que en el ámbito de las políticas"* (Entrevista 3, Dr. Ríos M – UPCH).

De otro lado y como iniciativa orientada a la preparación académica de aquellas personas mayores de 50 años ha surgido el Programa *"Universidad de la Experiencia"* – UNEX, de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Este Programa, más que un espacio de opinión y discusión de políticas en los diferentes campos relacionados con la problemática del Envejecimiento,

representa un espacio principalmente formativo, que constituye, según su coordinadora la Dra. Blanca López La Vera un “... *reconocimiento a la experiencia de vida de nuestros mayores, a su capacidad para el aprendizaje y para iniciar y desarrollar nuevos proyectos, buscando crear una nueva cultura en la cual se valore la posibilidad de aporte del Adulto Mayor y su reconocimiento como un ser humano con plenos derechos.*”

De esta manera, el accionar de UNEX se orienta hacia la producción de servicios educativos dirigidos a Personas que se encuentran en la edad Adulta Mayor, los cuales aun cuando desarrollan aspectos positivos y de importancia en cuanto al conocimiento de la problemática de las Personas Mayores, no por ello dejan de estar ligados a las características propias del modelo económico imperante. En cuanto a cursos de especialización para profesionales, la Facultad de Letras y Ciencias Humanas en la especialidad de Trabajo Social, abrió en octubre del año 2005 un Diplomado en Gerontología³⁸, mostrando de esa manera el interés de esta universidad por el desarrollo de aspectos relevantes en el fenómeno del Cambio Demográfico.

Además de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y la Pontificia Universidad Católica del Perú, también las universidades Ricardo Palma y Alas Peruanas han mostrado interés por la temática de las Personas Mayores, aunque sea sólo a nivel de la oferta de carreras y cursos relacionados con el tema a diferencia de lo que ocurre con el papel que viene cumpliendo la universidad

³⁸ La Red Latinoamericana de Gerontología anuncia en setiembre del 2006 el lanzamiento de este curso, el cual creó tales expectativas entre las Personas Mayores, que superó lo previsto.

pública, principalmente en lo que a San Marcos y Villareal se refiere³⁹, las cuales siendo las principales universidades públicas del país no han desarrollado aún un campo específico de atención al fenómeno del Envejecimiento Poblacional. Así, en el caso de la Universidad Ricardo Palma, las acciones que se realizan a través de la oficina de Extensión Universitaria y Proyección Social de la Facultad de Psicología.

Con respecto a la Universidad Alas Peruanas, el año 2007 apertura por primera vez en la historia académica del país la carrera profesional de Geriatria y Gerontología a nivel de Pregrado dirigida a la atención del Envejecimiento Poblacional, la cual estaría a cargo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

En el caso de las universidades, si bien es cierto hemos encontrado iniciativas importantes de atención al fenómeno del Envejecimiento no hay aún un trabajo realmente articulado entre ambas para la atención a este problema. Podríamos decir entonces que no existe una política de Estado en materia educativa que facilite lineamientos de acción desde el lado académico, tanto desde la universidad pública como privada. En ese sentido, cada centro académico desarrolla sus actividades de forma aislada, siendo aún más serio en el caso de la Universidad Cayetano Heredia que contando con un Instituto especializado de atención a este tema no se vincula con sus propias Escuelas Profesionales como la de Salud Pública, *“...tenemos un Instituto de Geriatria y Gerontología pero que es bastante marginal a la vida universitaria. O sea no está, no es uno de los elementos centrales de la vida universitaria o por lo menos un componente visible”* (Entrevista 3, Dr. Ríos M – UPCH).

³⁹ Esto se sustenta sobre todo en el hecho de que la iniciativa para el abordaje de la problemática de las Personas Mayores haya surgido de centros universitarios privados como las Universidad que se mencionan.

De esta manera, la vinculación de los Centros Académicos y sus respectivos estudios e investigaciones realizadas en realidad no representan un sustento muy empleado para el desarrollo de políticas en salud en la gran mayoría de los casos⁴⁰. Vemos entonces con gran preocupación, como los decisores de políticas y el mundo académico no desarrollan sus actividades bajo un enfoque de complementariedad, esto generalmente debido a que las decisiones en cuanto a políticas se encuentra altamente influidas por diversos intereses de grupos de poder económico (Bourdieu, 2005: 32), a la naturaleza cerrada de este mundo académico y a la aun limitada difusión y sensibilización que hacen sobre el tema las mismas organizaciones de Personas Mayores, sobre todo por estar influenciadas de manera inconsciente por esta tendencia a individualismo propio de la corriente neoliberal tan arraigada en la conciencia y el imaginario de la población, lo cual ha permitido que cada uno se ocupe sólo de su sector, los jóvenes de los jóvenes; las Personas Mayores de las Personas Mayores (Entrevista 3, Dr. Ríos M – UPCH).

La crítica principal que haríamos entonces al rol que ha venido cumpliendo la Universidad en el país es que no ha sido capaz de desarrollar una política educativa única e integral que ponga al servicio de la población los conocimientos que desde la universidad se gesten. No hay una política de Estado que promueva el desarrollo de una Cultura del cuidado de la salud bajo un enfoque fundamental como el del Ciclo de vida en donde la salud sea atendida no de manera focalizada a un grupo u otro, sino que en todas las etapas de vida se considera la atención como un derecho humano universal. De esta manera,

⁴⁰ Ver entrevista a Dr. Mario Ríos y Dra. Sarah Vega Sánchez del MIMDES.

cuidar del niño y del Adulto Mayor hoy será como invertir en uno para cosechar en el otro. Muchas de las opiniones que han surgido de las entrevistas realizadas coinciden con esta apreciación. Veamos:

- *“...si queremos tener mejores resultados y tener mayor costo – beneficio, tenemos que enfocarnos hacia lo preventivo – promocional, hacia el Envejecimiento saludable; educación para la salud, autocuidado. Eso creo que debería ser algo potente. Que no comience a los 60 años; que comience mucho antes” (Entrevista 2, Dra. Vega S – MIMDES).*
- *“...hoy, por el sistema que nosotros manejamos, tenemos que atender finalmente la demanda inmediata, o sea atendemos el daño, la enfermedad. Estamos atendiendo directamente el daño y no ha habido el trabajo...necesitamos fortalecer el trabajo promocional” (Entrevista 7, Dr. Del Canto - MINSa).*
- *“No hay programas orientados de promoción; ya no hablemos ya de acciones, sino de promoción, orientados a que la persona sepa vivir su vejez, con calidad de vida. Qué acción, que propaganda, que función pública hay desde el MINSa, desde la autoridad de salud, orientada a enseñar a las personas de tercera edad a tener calidad de vida; a prevenir enfermedades. O sea, hay poco acompañamiento de parte del Estado a la situación del adulto mayor. Y esto tiene que ver con la poca preocupación pública en ese sentido” (Entrevista 3, Dr. Ríos M – UPCH).*
- *“Debería haber una promoción de la salud de las personas, a partir de los 40 o 35 años y enseñarles a cómo envejecer, a cómo enfrentar el tema del envejecimiento. Muchos de nosotros no hemos sido preparados para el tema del envejecimiento. Para nosotros es una cosa terrible sabernos adultos mayores y a la vez pobres, porque nuestras fuerzas están limitadas. Ya no tenemos la fuerza y la energía de poder trabajar y decir “yo trabajo y me voy a curar”, tenemos que vivir pendientes de los hijos... ¿Y si los hijos no pueden, me pregunto? ¿Qué hace entonces el Estado frente a eso?” (Entrevista 1, Sra. Jaime – Asociación Nacional de Adultos Mayores del Perú)*

5. El Foro de la Sociedad Civil en Salud – FOROSALUD y sus iniciativas reformistas e inclusivas para un cambio en la Política Sanitaria Nacional. La experiencia en las acciones de vigilancia ciudadana en Salud con población Adulta Mayor.

Los esfuerzos destinados a la generación de cambios significativos en la política sanitaria nacional desde el ámbito de la Sociedad Civil que han venido desarrollándose desde diferentes espacios de discusión y propuestas y en base a las diferentes problemáticas sanitarias recurrentes en el país, si bien es cierto han correspondido a una multiplicidad de actores e instancias especializadas, es particularmente más visible desde las acciones que viene promoviendo desde el año 2003 el Foro de la Sociedad Civil en Salud – FOROSALUD. De esta manera, FOROSALUD, como espacio de convergencia de diversos actores involucrados con la problemática sanitaria nacional, principalmente desde el lado académico y de investigación pero también desde los sectores organizados de la población, viene a representar la primera instancia de coordinación y referente propositivo de la Sociedad Civil en el tema de la salud.

De esta manera, FOROSALUD se define según documentos institucionales como *“un espacio articulado de la sociedad civil en el ámbito de la salud. Promueve el debate, el diagnóstico, la socialización de estudios y experiencias, la elaboración de propuestas y la construcción colectiva de consensos e interlocución en torno a la problemática sanitaria del país, dentro del más amplio pluralismo y autonomía asociativa. Alienta la vigilancia ciudadana y el control social de la marcha del sector salud y de su gobierno”*. Así, se inscribe en los propósitos de justicia social, equidad e igualdad de oportunidades para todos y todas las ciudadanas, en particular para los más pobres y

vulnerables. Ratifica la salud como elemento fundamental del desarrollo humano y como un derecho de la ciudadanía para vivir en sociedad. ForoSalud analiza y actúa desde enfoques transversales a los problemas de salud, como los de derechos humanos, desarrollo social, pobreza, género e interculturalidad.

En este sentido, ForoSalud adhiere a la universalidad en el cuidado de la salud, la solidaridad e integralidad. En la organización de la respuesta social en salud, afirma la necesidad de la descentralización y de la participación social, así como en la gestión pública de la transparencia y el control social, ratificando su compromiso por "*La Salud como Derecho para Todos*", poniendo especial énfasis en la situación de millones de personas que viven en nuestro país en situación de pobreza y extrema pobreza.

Su intervención, desarrollada desde su Consejo Ejecutivo Nacional en los que respecta al desarrollo de propuestas a nivel programático como principal interlocutor de la Sociedad Civil ante el Estado y desde lado activo a través de sus diferentes Mesas Temáticas en donde ha incorporado la atención al fenómeno del Envejecimiento Poblacional⁴¹ con el establecimiento de una Mesa Temática específica sobre Personas Mayores, la cual ha venido trabajando de forma activa en la difusión de temas vinculados con la problemática de los Adultos Mayores así como en la generación de propuestas elaboradas desde el interior de las mismas organizaciones de Personas Mayores.

⁴¹ La Mesa Temática sobre Personas Mayores del FOROSALUD constituye un ejemplo del interés mostrado por este colectivo en cuanto a la atención hacia el fenómeno del Cambio Demográfico. En ese sentido, aun cuando a la fecha su nivel de incidencia ha sido bastante relativo, en determinadas etapas ha realizado intentos significativos para mejorar el carácter propositivo y de acción social de las Personas Mayores, como sucedió en el período 2004 – 2005 cuando la coordinación de esta Mesa estuvo a cargo de la Mg. Martha Vega Farro, actual Presidenta de la Mesa de Trabajo de ONGs y afines sobre Personas Adultas Mayores.

En cuanto al rol que ha venido cumpliendo el Forosalud como referente propositivo de Sociedad Civil en el tema salud, es importante destacar algunas iniciativas importantes como es la propuesta de unificación de las diferentes instancias que componen el sistema de salud en el país para conformar un solo bloque único y la propuesta referida a la Ley de Universalización de la Salud, ambas iniciativas importantes que se encuentran en proceso de negociación en el Congreso y que han sido ampliamente respaldadas por organizaciones sociales de diversa índole, entre las que se encuentran las organizaciones de Personas Mayores, además de ser ya en la actualidad un tema de interés reconocido también por instancias públicas como MINSA y ESSALUD, tal como lo muestran las entrevistas realizadas a representantes de ambos sectores.

A estas iniciativas surgidas desde el nivel más alto de propuestas de políticas, es importante mencionar las acciones de Vigilancia Ciudadana en salud que se vienen desarrollando en Lima con el acompañamiento del equipo técnico de Forosalud y que cuenta con el respaldo de FOS, cooperante belga con quien Forosalud viene trabajando desde hace ya varios años. Gracias al apoyo de esta institución se empieza a trabajar todo un proceso de seguimiento para evaluar la calidad de la atención del Seguro Integral de Salud – SIS, proceso en el que también han sido incorporadas ya para octubre del 2008 las organizaciones de Personas Mayores pertenecientes a la Red ANAMPER en donde se evaluó la calidad de la atención en 02 establecimientos de MINSA y ESSALUD, en los distritos de Los Olivos y Villa El Salvador respectivamente (Forosalud, 2009).

CAPÍTULO III

PARTICIPACIÓN ORGANIZADA DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES EN LOS ESPACIOS DE DECISIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS.

Hacer efectivo en nuestros días un verdadero ejercicio de ciudadanía entre la población de un país con las características que tiene el nuestro, es sin duda una meta ambiciosa, pero esperanzadora y con posibilidad de ser real si se cuenta con una población involucrada y comprometida con el tema, esto es, con una Sociedad Civil fortalecida, que trabaja bajo una misma visión y un mismo objetivo. Por tanto expresa un reto en adelante, sobre todo si la medimos desde lo que el Estado y los grupos de poder económico que respaldan su acción puedan promover. Y naturalmente para ello, el papel que cumple el actor social principal, las Personas Adultas Mayores cumplen un rol fundamental, sobre todo a nivel de sus organizaciones sociales que son en la actualidad su principal referente vinculante con las instancias de decisión de políticas tanto públicas como privadas.

En ese sentido, el papel de la organización social entre Personas Mayores constituye un elemento clave para la protección y defensa de los derechos de este sector, como en este caso y en lo que al tema de salud se refiere, pues las acciones que para ello se realicen como el proceso de vigilancia ciudadana desarrollado con el apoyo del FOROSALUD, no habrían sido posibles si antes las mismas Personas Mayores organizadas no hubieran atravesado por un proceso de

aprendizaje y desarrollo de capacidades sobre el conocimiento de los derechos que como ciudadanos tienen.

De esta manera, el papel de la organización es crucial pues constituye el espacio físico y social donde se empieza a gestar el cambio en la forma de entender el mundo, siendo además el espacio ideal para el desarrollo de los primeros cuestionamientos *sobre lo que es*, para dar paso a *lo que debe ser*. Esto lo explica muy bien Bourdieu cuando señala que *los sistemas sociales son productos sociales que contribuyen a hacer el mundo, que no sólo reflejan las relaciones sociales sino que ayudan a constituirlos, entonces, dentro de ciertos límites, es posible transformar el mundo transformando su representación* (Bourdieu, 2005: 41).

¿Podríamos decir que es posible apostar por un real cambio en las políticas de salud, especialmente en lo que a Envejecimiento se refiere? Claro que sí. Y esto lo hemos podido comprobar a través del desarrollo que ha experimentado la Red ANAMPER en cuanto a avances en sus niveles de conciencia social, al pasar de beneficiarios a actores sociales protagonistas del cambio.

1. La organización de las Personas Adultas Mayores del Perú: Una experiencia de construcción social como soporte para el ejercicio efectivo de ciudadanía y recreación de nuevas formas de representación.

Las reformas de carácter estructural generadas en los 90 tuvieron como antecedente y punto de inicio la crisis económica y social que se fue

desarrollando entre las décadas del 70 al 80. El impacto de esta crisis impulsó el desarrollo de estrategias de sobrevivencia entre la población mayoritariamente afectada por esta crisis, es decir, los sectores menos favorecidos del país que, a su condición de pobreza y pobreza extrema ahora se sumaba un desabastecimiento casi total de las condiciones mínimas necesarias para una vida digna, principalmente en lo que se refiere a empleo y la consecuente carencia de ingresos, lo cual afectó a un alto porcentaje de la población del país, particularmente a sectores vulnerables como los niños y las Personas Mayores.

En vista de ello, empezaron a surgir los primeros embriones de organización en los “barrios” más con la finalidad de enfrentar los estragos producidos por la crisis, basándose en nociones de solidaridad y reciprocidad propias de las sociedades andinas y la experiencia sindical del movimiento laboral. La Asociación distrital de la Tercera Edad de Independencia y la Red Horizontes de Villa en Villa El Salvador son un ejemplo de ello. Estas iniciativas, arraigadas y desarrolladas en espacios territoriales a nivel de cada distrito, se manifestaron bajo esas características (solidaridad – reciprocidad), debido a la influencia del proceso migratorio que atravesó el país desde mediados de los 70, pues fueron precisamente aquellos migrantes los que se ubicaban en las zonas más empobrecidas del país.

Dentro de este esfuerzo colectivo, la participación de las Personas Adultas Mayores constituyó un elemento fundamental. Fueron muchas veces ellos los que, asentados en sus respectivos espacios locales (distritos), desarrollaron formas primarias de agrupamiento y organización, en primer lugar para atender sus principales necesidades básicas como parte de una comunidad y después,

conformando ya los primeros esbozos de organización a nivel de grupo etario, con la finalidad de atender, en la medida de sus posibilidades, los principales requerimientos que como Adultos Mayores tenían. La Sra. Rosa Jaime describe mejor esta situación:

“Recuerdo que en los años 90 las personas mayores comenzamos a conformarnos en Clubes de Adultos Mayores. Era muy necesario porque veíamos que realmente el desinterés por las PAMs; se llegó a sentir tanto que eso dio lugar a que las mismas PAMs buscaran reunirse, buscaran formar un grupo donde ellos pudieran hablar un mismo idioma, hablar sobre sus problemas y es así como surgen los líderes” (Entrevista 1, Sra. Jaime – Asociación Nacional de Adultos Mayores del Perú)

La realización del Primer Encuentro Nacional de Personas Mayores en la ciudad de Lima en octubre de 1996 significó el inicio de una etapa hacia la consolidación del proceso organizativo que repuntaría durante los años 2003, 2006 y en adelante.

Lima Metropolitana constituye el principal referente de este proceso. Es en Lima en donde podemos observar de manera más completa el desarrollo de respuestas frente a la ausencia del Estado de parte de una población que, si bien tenía en el ser Adulto Mayor un elemento común, también tenía como consecuencia del proceso migratorio características heterogéneas bien definidas. Sin embargo, a pesar de esa diversidad, lograron establecer una unidad y una visión común para afrontar el impacto de una crisis que a pesar de los años aun influye en las condiciones de vida de la población mayor pues a pesar de que hubo retornado la democracia, los problemas de naturaleza estructural generados por la crisis no fueron resueltos y permanecen latentes.

De esta manera, su esfuerzo por construir una organización nacional autónoma, centralizada, sostenible, institucionalizada y solidaria en más de una década hizo posible la constitución de la *Asociación Nacional de Organizaciones de Personas Adultas Mayores del Perú - Red ANAMPER* en diciembre del año 2000. Desde entonces, esta organización ha venido transitando diferentes etapas de desarrollo orientadas a la construcción de una auténtica conciencia social, para lo cual la experiencia adquirida en participación ciudadana fue fundamental. En ese sentido, ANAMPER experimentó entre los años 2005 y 2006 un proceso sostenido de organización entre la población adulta mayor y por ende el crecimiento de sus organizaciones afiliadas. Este crecimiento se vio reflejado de manera más notable en Lima Metropolitana en donde vemos que, de contar con 97 organizaciones afiliadas, pasó a tener 261 bases en dicho periodo. Su distribución zonal lo apreciamos de la siguiente manera:

Cuadro 9

AÑO 2005	AÑO 2006
Lima Norte: 33 organizaciones	Lima Norte: 76 organizaciones
Lima Sur: 43 organizaciones	Lima Sur: 111 organizaciones
Lima Este: 07 organizaciones	Lima Este: 46 organizaciones
Lima Centro: 14 organizaciones	Lima Centro: 32 organizaciones

Fuente: Red ANAMPER

También se puede reconocer el incremento de organizaciones de carácter regional; ya que, de contar con 7 regiones con este tipo de representación, se pasó a tener presencia organizativa en 12 de ellas. Esta información se puede encontrar en los registros de afiliación y acreditación que tiene la Red ANAMPER desde el año 2006.

Volviendo a Lima Metropolitana, queremos resaltar la conformación de la Coordinadora Metropolitana de Personas Adultas Mayores en diciembre del 2005. Constituye la instancia responsable de la gestión institucional y organizativa del accionar de la Red ANAMPER. Esta Coordinadora, aunque tiene sus funciones bien definidas y orientadas al trabajo en la metrópoli, también se interrelaciona con las demás Asociaciones del interior del país, sobre todo con aquellas regiones que albergan a los pobres del país, como son los casos de Cajamarca, Huancavelica, Ayacucho y Junín.

En ese sentido, podemos decir que la configuración orgánica de la Red ANAMPER en la actualidad se presenta de la siguiente manera:

a) Lima Metropolitana:

En diciembre del 2005, durante la realización del “*Primer Encuentro de Organizaciones de Personas Adultas Mayores de Lima Metropolitana*”, se constituyó la *Coordinadora Metropolitana de Organizaciones de Personas Adultas Mayores*, dando inicio a un nuevo proceso organizativo proyectado hacia la construcción

de redes sociales con criterio territorial, lo cual ha ayudado a definir el rol y la ubicación de éstas en su contexto local y respectiva macro zona.

Para ello se ha dividido Lima Metropolitana en cuatro macro zonas; Norte, Sur, Este y Centro, además del Callao. En cada caso la distribución de organizaciones acreditadas se presenta de la siguiente manera:

Lima Norte:

Adoptamos como criterio el supuesto de que puedan existir organizaciones de las cuales no se tiene conocimiento o se encuentren adscritas a algún programa municipal. La distribución a nivel de distritos sería de la siguiente manera:

- a) Independencia: 10
- b) San Martín de Porres:13
- c) Los Olivos: 13
- d) Comas: 08
- e) Puente Piedra: 23
- f) Rímac: 03
- g) Ancón: 01
- h) Carabaylo: 05
- i) Santa Rosa: 00

Lima Sur:

Es el sector que cuenta con el mayor número de organizaciones a nivel de Lima Metropolitana. Tiene en total 111 organizaciones de Personas Adultas Mayores debidamente registradas y distribuidas de la siguiente manera:

- a) Chorrillos: 5
- b) Barranco: 7
- c) La Molina: 2
- d) Miraflores: 11
- e) San Borja: 10
- f) San Juan de Miraflores: 3
- g) Villa María del Triunfo: 13
- h) Villa El Salvador: 28
- i) Surco: 32

Nota: De los distritos de Pachacamac, Pucusana, Punta Hermosa, Punta Negra, San Bartolo, Santa María del Mar y sorprendentemente de San Isidro, la Red ANAMPER no tiene registro de organizaciones.

Lima Este:

Este es uno de los sectores que cuenta con menor número de población organizada, contando con un promedio de 40 organizaciones debidamente registradas. Su distribución por distritos es de esta manera:

- a) Santa Anita: 22
- b) Vitarte: 11
- c) El Agustino: 4
- d) Chaclacayo: 3
- e) San Luis: 2
- f) Cieneguilla: 1
- g) San Juan de Lurigancho: 3

Lima Centro: Este sector, importante por su ubicación geográfica debido a que se encuentra en él a todos los poderes del Estado, ocupa el último lugar respecto a población organizada (Probablemente también porque tiene en su jurisdicción a pocos distritos) y cuenta con un promedio de 20 organizaciones de PAMs. Su distribución en cuanto a organización es la siguiente:

- a) Lima Cercado: 5
- b) Magdalena del Mar: 3
- c) Breña: 2
- d) Jesús María: 2
- e) La Victoria: 2
- f) Lince: 2
- g) Surquillo: 5
- h) Pueblo Libre: 8
- i) San Miguel: 3 (El municipio ha comunicado a la Red ANAMPER su disposición para coordinar actividades orientadas al fortalecimiento de la organizaciones de PAMs del distrito).⁴²

b) Callao:

La Central Provincial de Adultos de la Tercera Edad – CEPRATEC registra 82 organizaciones de base afiliadas a su Central.

c) Lima Provincia (Norte Chico):

El Norte Chico tiene en su haber un promedio de 8 Asociaciones organizadas en la Red de Organizaciones de Personas Adultas Mayores del Norte Chico

⁴² Celebración de la Jornada Nacional “Compartiendo un Corazón” que desarrolló la Red ANAMPER con ocasión del Día Mundial de la toma de conciencia por el abuso y maltrato en la vejez el pasado 15 de junio.

distribuidas entre los diferentes distritos de las provincias de Barranca, Huacho y Chancay.

De esta manera, el esfuerzo por construir organización dio vida a nuevas y renovadas formas de **institucionalidad social**. Las organizaciones pasaron de ser simples espacios de encuentro entre pares con el acompañamiento “aparentemente fiel” de algunos especialistas en el tema (A quienes por la fuerte influencia de sus conocimientos técnicos habían transferido su voz y su destino), a ser espacios de paulatina adopción de un status de ciudadanía y reconocimiento de sus derechos. De a pocos, sus esquemas de percepción del mundo social, del “campus” correspondiente al Envejecimiento Poblacional como fenómeno social, había cambiado. La campaña por la promulgación de la Ley 28803 y su Reglamento a largo del año 2006 es muestra de ello.

2. Ciudadanía y Protagonismo Social en el contexto de la Transformación Demográfica y su impacto en las Políticas de Salud: Las Personas Adultas Mayores como sujetos sociales frente al Estado.

La adopción del status de ciudadanía a lo largo de la historia ha sido una permanente conquista de parte de aquellos que, aun cuando a nivel “formal” eran reconocidos como ciudadanos, en la práctica no la tenían por la condición de marginalidad política y social a la que fueron confinados por las elites que han gobernado al país. Este ha ocurrido también con el sector Adulto Mayor organizado, pues frente a la desatención estatal y las escasas condiciones que se les ofrecía para el goce de una vida digna, optaron por dejar de ser sujetos pasivos para convertirse, paulatinamente, en actores sociales protagonistas del

cambio. En este aspecto, podemos ver cómo un auténtico ejercicio de ciudadanía no podría ser tal si antes no está acompañado de un reconocimiento de sí mismo como actor social. El Adulto Mayor no es sólo ya, al menos para aquellos que han alcanzado un nivel de conciencia social, sólo un “objeto de atención”, sino que a pasado a ser el sujeto de la historia en el escenario del Envejecimiento Poblacional.

La Red ANAMPER ha sido sin duda una prueba de ello. La participación de sus principales líderes, actuando bajo un enfoque horizontal y basándose en prácticas solidarias y de alta comunicación con sus bases (A quienes se consultaba en todo momento las decisiones que se debían tomar), constituyó uno de los principales aportes para la promulgación de la Ley General de Personas Mayores 28803, aprobada por el Congreso de la República en marzo del 2006, observada por el Poder Ejecutivo en abril de ese mismo año y finalmente promulgada en julio de aquel año.

De esta manera, la participación de la población organizada alrededor de la Red ANAMPER en los espacios de discusión de políticas públicas fue cada vez más en ascenso. Distintas instancias, tanto públicas como privadas (Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, Ministerio de Salud, Defensoría del Pueblo), así como instituciones académicas como la Pontificia Universidad Católica del Perú y la Universidad Peruana Cayetano Heredia, fueron incorporando la opinión de las Personas Mayores, en especial en el caso de la Red ANAMPER y los fueron invitando a formar parte no sólo de actividades desarrolladas por las mismas, sino a reuniones de carácter programático. En el caso de salud, de lado del Estado, el Ministerio de Salud inició un acercamiento más activo alrededor de los

grupos de Adultos Mayores, tal como nos comenta el responsable de la Etapa de Vida Adulta Mayor del mencionado Ministerio *“A ellos (Las PAMs), se les ha pedido opinión con respecto a documentos técnicos que nosotros hemos elaborado... ahora ellos ya participan activamente y son vigilantes también. Apoyan en la vigilancia”,* aunque en el desarrollo de propuestas fuera FOROSALUD la instancia que mayor apoyo brindó a las PAMs para el desarrollo de capacidades en los temas de vigilancia e incidencia política respecto al tema de salud. Los resultados obtenidos en las acciones de vigilancia ciudadana desarrolladas en las zonas norte y sur de Lima en setiembre del 2008 (Forosalud, 2009) de esta manera, han servido para reafirmar la percepción de la situación de la salud desde la mirada de las mismas Personas Mayores

Pero, sin lugar a dudas, fue la incorporación de ANAMPER a la Comisión Multisectorial el hito más importante en cuanto a acciones de reconocimiento al esfuerzo de la organización que se hizo. Este hecho, más que una acción gerencial representó una decisión política de la Dirección de Familia y Comunidad que entonces estuvo dirigida por la Dra. Sarah María Vega Sánchez y fue el inicio de una nueva etapa en el proceso de reconocimiento de la condición de ciudadanía de las Personas Mayores. Por primera vez en la historia de la organización asistíamos a un escenario donde las personas mayores canalizaban de manera directa sus propuestas y debatían en ese espacio multisectorial, junto a los otros sectores involucrados con la temática del cambio demográfico, en igualdad de condiciones. El siguiente comentario emitido por la Dra. Sarah Vega Sánchez, explica muy bien nuestra afirmación:

“Bueno durante la gestión que nosotros tuvimos, creo que lo más significativo ha sido la integración, la incorporación de las organizaciones de PAMs, estamos hablando de ANAMPER, estamos hablando de CEPRATEC, a la Comisión

Multisectorial, con voz y con voto. Eso yo creo que ha posicionado a las PAMs como personas que tenemos que escuchar y no hacer las cosas sólo porque nos parece que nosotros tenemos la verdad porque somos gobierno” (Entrevista 2, Dra. Vega S – MIMDES)

Respecto a Lima Metropolitana, los avances tampoco dejaron de notarse. Lo más significativo que podríamos resaltar es la realización de la 1era y 2da Jornada de Solidaridad y Reconciliación “Compartiendo un corazón” que representaron, ambas, una gran movilización de líderes en todo Lima y provincias, pronunciándose en contra del maltrato al Adulto Mayor. Resultado de ello: En sólo el primer año de realizada la Jornada, la gran mayoría de municipios, sobre todo en el caso de Lima, empezaron a interesarse por el trabajo de promoción que se venía realizando desde la Red ANAMPER. Esto ayudó enormemente a hacer visible a las Personas Mayores como actores protagónicos y sujetos de derecho, no sólo en cuanto a la atención que como población vulnerable merecían, sino como la mejor evidencia del significado que ya iba teniendo el proceso de envejecimiento de la población y de las implicancias que dicho proceso tendría alrededor de temas tan sensibles como el de la salud, sobre todo en lo que concierne a la salud pública.

Pero la progresiva asunción de este nuevo estatus de ciudadano en las PAMs no fue algo fortuito. Fue el resultado de todo un proceso transitado por ellos mismos y en ese sentido, el fortalecimiento organizativo constituyó una excelente herramienta y estrategia formativa orientada al desarrollo de capacidades en las Personas Adultas Mayores así como a la formación de una conciencia crítica. Vemos entonces los logros de ANAMPER como la síntesis de su acción práctica, entendida como práctica social y de conocimientos adquiridos, no sólo mediante

acciones de capacitación y desarrollo de herramientas de reflexión sobre su “habitus” y su mundo social, sino principalmente alrededor de sus respectivos procesos de interacción en el “campus” del Envejecimiento Poblacional con los diferentes actores vinculados al tema, ya sean públicos, privados o de la sociedad civil (Incluyendo a sus propios pares: Los mismos Adultos Mayores) en sus respectivos espacios territoriales. El siguiente comentario hecho por la Sra. Rosa Jaime retrata mucho mejor nuestra afirmación:

“Gracias al esfuerzo, el interés y la perseverancia de muchos adultos mayores, es que hemos podido lograr que hoy la Red ANAMPER esté en la Comisión Multisectorial. Hemos participado en el FOROSALUD, hemos participado en el CONADES y en todos los eventos siempre hemos tenido palabras sobre el interés que tenemos para que la salud de la persona mayor mejore, tenga una mejor atención...Llevo ya varios años en todo esto pero me siento satisfecha porque en el camino veo que muchas cosas se han logrado, sobre todo fortalecer las organizaciones; sobre todo ver cómo las personas mayores participan de esos Encuentros, de esas reuniones y cómo cada persona adulta mayor por muy pobre, por muy sencilla que sea, siempre tienen algo que aportar... en la práctica es como se va aprendiendo realmente y se va enfocando cada tema que les conviene a las personas mayores” (Entrevista 1, Sra. Rosa Jaime - Asociación Nacional de Adultos Mayores del Perú).

La importancia de la consolidación del proceso organizativo alrededor de una instancia tan representativa como fue el caso de la Red ANAMPER, ayudó a la consolidación de una IDENTIDAD alrededor de un referente social caracterizado por un elemento importante e innovador, reflejo de nuestra condición multicultural y de gran heterogeneidad estructural: *La unidad en la diversidad*. Eso significó la Red ANAMPER en estos últimos años para las Personas Mayores, pues su visión de integrar a todas las razas, todas las condiciones y todo los sectores, tanto jubilados como no jubilados (Red ANAMPER, 2007), es la que ha ido gestando paulatinamente las bases para la constitución de una nueva

y renovada imagen de la vejez, caracterizada por ser activa, productiva y saludable, libre del estigma de dependencia e improductividad que promueven los enfoques asistencialistas y el funcionalismo estructural coincidente con la lógica del mercado que se ha impuesto sobre todo en estas casi dos últimas décadas.

Entonces, el sentido de la historia hoy es, para las Personas Adultas Mayores, acercarse al escenario de la política desde su ubicación como protagonista del proceso del envejecimiento. Para ello, su desarrollo y fortalecimiento organizativo viene cumpliendo un rol fundamental, aunque desafortunadamente no depende sólo de la voluntad y los esfuerzos de ellos. Gran parte de su desarrollo orgánico se ha visto influenciado por el trabajo que han realizado no sólo instituciones del Estado, sino sobre todo instituciones de la Sociedad Civil como es el caso de ONGs involucradas en la problemática del Envejecimiento Poblacional. De esta manera, el papel cumplido por ellos ha constituido un elemento crucial en los procesos de desarrollo orgánico y de vinculación con espacios de discusión y decisión de políticas públicas orientadas a afrontar las implicancias del Cambio Demográfico.

Sin embargo, el acompañamiento que han venido proporcionándoles dichas instituciones ha tenido en este período un carácter heterogéneo, pues si bien en algunas etapas del desarrollo orgánico y de incidencia política de la Red ANAMPER algunas de ellas han constituido verdaderos soportes y aliados, en otros momentos han hecho visible una marcada actitud de competencia con la organización debido a la lucha por el posicionamiento en el tema; quiere decir, aun cuando en el discurso siempre se declaraban verdaderos “promotores” del

protagonismo de las Personas Mayores y de la mejora de sus condiciones de vida, lo cierto es que en su proyección y labor institucional las cosas no fueron siempre así, sino que por el contrario, han visto como una amenaza el desarrollo y fortalecimiento de la organización social, buscando por ello mantener situaciones asistenciales y de dependencia que evitaba cualquier tipo de actitud contestataria o de cuestionamiento sobre las prácticas que mantenían estas instituciones (ONGs) para quienes el desarrollo orgánico y de incidencia representaba una amenaza a sus intereses particulares, haciendo peligrar su espacio “aparentemente bien ganado” como referentes en el tema del Envejecimiento Poblacional. El siguiente párrafo extraído de la entrevista a la Sra. Rosa Jaime podría ilustrar mejor nuestra afirmación:

“Así como hay buenas ONGs que trabajan a favor de las Personas Mayores al 100%, también hay ONGs que quieren seguir liderando este tema... Queremos nosotros ser, con nuestras propias voces, decir que queremos y que debemos de hacer. Y que el gobierno nos escuche... Actualmente tenemos el problema de que tenemos que reconocer o saber reconocer que ONGs realmente respetan. Desde dentro de las ONGs se debe respetar el derecho de las personas mayores, el derecho a la autonomía y a la independencia de la persona mayor. Queremos ser realmente los actores sociales. Queremos ser dueños de nuestro destino...Entonces este rol de independencia, de autonomía, muchas de las instituciones, de las ONGs no la quieren aceptar. Ellos quieren seguir liderando este tema del Envejecimiento de las personas mayores y nosotros pensamos que estamos en la capacidad de poder liderar este tema... Si sabemos que debemos trabajar al lado de instituciones, de ONGs, porque nosotros somos el material humano que se necesita para esta necesidad, pero también ellos son el material logístico, el de las ideas, el de la dirección, el del apoyo que nosotros debemos tener cuando proponemos ideas y soluciones...en este momento nosotros estamos trabajando con FOROSALUD, con la ONG AYUVI, que de forma generosamente nos está dando el apoyo desinteresado y con la que estamos aprendiendo en estos momentos a trabajar independientemente buscando, bajo nuestros propios recursos, el lograr hacer las cosas que antes hacíamos apoyados por una

entidad financiera, ya que ahora lo hacemos nosotros personalmente. Somos independientes. Esto ha sido un gran reto que nos hemos tomado nosotros y sabemos que vamos a salir adelante” (Entrevista 1, Sra. Rosa Jaime - Asociación Nacional de Adultos Mayores del Perú)

Al respecto, es importante mencionar el papel cumplido por la Mesa de Trabajo de ONGs y Afines sobre Personas Adultas Mayores – Mesa Perú como referente de Sociedad Civil en el tema del Envejecimiento. Las instituciones que la conforman son:

- Instituto de Investigación y Desarrollo Ayuda a la Vida – AYUVI
- Instituto para el desarrollo de la Pesca y Minería – IPEMIN
- ONG Centro Proceso Social
- ONG Buena Vida
- Asociación de Caridades de San Vicente
- Asociación Auquis de Ollantay
- Grupo Vigencia
- ACECO
- ONG Vena Solidaria
- CASPAM

Ciertamente, en términos generales ha tenido un papel positivo en los procesos de fortalecimiento organizativo y de desarrollo de capacidades para una efectiva incidencia política de las PAMs en el tema, pero esto no es producto de la existencia de una misma visión de la forma como se debe llevar adelante el acompañamiento a una organización de carácter tan representativo y diverso como es el caso de la Red ANAMPER. Al contrario, la gran mayoría de los miembros de dicha Mesa no han buscado adaptarse al desarrollo de la

organización y reconocerlos verdaderamente como los auténticos protagonistas del tema.

De todos ellos, según testimonio de los mismos líderes Adultos Mayores representantes de la Red ANAMPER, las únicas instituciones que verdaderamente han apostado por su desarrollo bajo una actitud de total apertura y de promoción de su autonomía, han sido IPEMIN (Principalmente durante el periodo 2004 – 2007 cuando la Dirección estuvo a cargo del Lic. Jaime Cáceres Valverde quien tuvo a su cargo la asistencia técnica de la Organización desde ese entonces hasta el día de hoy), la ONG Vena Solidaria (Cuya representante, la Lic. Gladys Rázuri Sumalavia ha acompañado a ANAMPER de forma permanente durante los últimos 02 años) y el Instituto de Investigación y Desarrollo Ayuda a la Vida – AYUVI (Institución que ha acompañado de manera constante a la Red ANAMPER y cuya Presidenta, la Mg. Martha Vega Farro, actual Presidenta de la Mesa Perú, forma parte del equipo técnico que, desde los últimos 05 años sobre todo, ha venido acompañando a la Red)

De esta manera, al interior de Mesa Perú se conformaron dos bloques de opinión y de visión del trabajo con Personas Mayores. El bloque orientado a la defensa de la autonomía de la organización y a la búsqueda de su protagonismo como principal actor social y el otro, conformado por el resto de instituciones cuya acción podríamos medirla mejor a nivel de intereses particulares y de posicionamiento más que de garantizar un auténtico ejercicio de ciudadanía a las PAMs, preocupándose en todo momento más por mantener un determinado status y posición en el tema que por aquellos que en discurso representaban su principal interés, o simplemente manteniéndose al margen de las contradicciones

que en su crecimiento experimentaba ANAMPER y sin emitir opinión frente a las situaciones de conflicto atravesada por la misma⁴³. Tal vez este comentario de la Dra. Sarah Vega podría explicar mejor lo expuesto *“Hay mucha gente, mucha gente que se dedica a la politología o a todas estas cosas tan complicadas y dicen “no, es que si yo empodero al otro, yo me voy a desempoderar. Yo voy a perder espacio; yo voy a perder lugar”. Y entonces se tiene una visión muy micro, que es muy personal, muy de uno”* (Entrevista 2, Dra. Vega S - MIMDES).

Así, en los inicios del surgimiento de ANAMPER en el año 2000 su acompañamiento estuvo a cargo de la Mesa Perú en la persona del representante de ACECO. En esta oportunidad, a pesar de los esfuerzos realizados por los líderes para sacar adelante a la organización, no se pudo lograr una articulación entre sus miembros y por ende promover la adopción de una identidad alrededor de la misma. La institución acompañante tampoco se esforzó mucho por revertir esta situación, probablemente porque era un secreto a voces que la gran mayoría de los miembros de Mesa Perú no estaban muy “interesados” que digamos en el surgimiento de una organización representativa de las PAMs pues eso significaría que la cuota de poder que en ese entonces mantenían y que les brindaba una posición en el tema podría peligrar si la organización lograba ser autónoma y exitosa. Pese a ello, el esfuerzo de los líderes hizo que aun en medio de las dificultades, la organización se mantuviera activa y cada vez más comprometida, tal como lo demuestra el éxito de sus acciones posteriores.

⁴³ Frente a los conflictos suscitados por los cambios ocurridos alrededor de IPEMIN, institución que tuvo a cargo el asesoramiento de la Red ANAMPER, la gran mayoría de los miembros de la Mesa mantuvieron una actitud neutral y de escasa opinión sobre ello. Las escasas opiniones surgidas, en lugar de ayudar a la resolución de dichos conflictos, solo incentivaron más las dificultades surgidas.

3. El trabajo asistencial desde un enfoque paternalista y controlista: CAM de Essalud, CAM Municipales y parroquiales.

El trabajo que vienen desarrollando los Municipios a nivel de Lima Metropolitana, si bien constituyen en su mayoría iniciativas bastante primarias y de corte asistencial, en términos generales constituyen un signo de que para las autoridades públicas el fenómeno del Envejecimiento Poblacional empieza a constituir un problema que amerita la atención de parte de ellos que, como instancias públicas y referente más próximo a la población, territorialmente hablando.

Sin embargo, de los 42 distritos que conforman Lima Metropolitana, es la Municipalidad de Lima la principal responsable del desarrollo e implementación de políticas públicas en lo que temas de carácter social se refiere. De ello, uno de los temas es el de Salud, el cual si bien es cierto a nivel de distritos es administrado por las DISAS, eso no significa que las Municipalidades y en especial la Municipalidad de Lima no se pronuncia de manera concreta en el tema, sobre todo si consideramos el problema de la salud en Personas Mayores no sólo desde lo referente al estado físico del paciente, sino también al conjunto de determinantes sociales que intervienen para el desarrollo de óptimas condiciones de salud en la población, especialmente en los sectores considerados vulnerables como son los niños y las Personas Mayores.

Bajo esta premisa, podemos afirmar que si bien la gran mayoría de los Municipios a nivel de Lima Metropolitana han implementado Programas

específicos de atención a la población Mayor, tanto a nivel de subgerencias como de oficinas especializadas, lo cierto es que en relación a la atención en salud para este sector la gran mayoría únicamente han fomentado actividades preventivo – recuperativas para la atención del componente físico de la salud. De esta manera, las implicancias del cambio demográfico en lo concerniente a salud no se atienden en su integralidad y esto se debe en gran medida al desconocimiento que sobre el tema tienen la gran mayoría de responsables de los Programas.

Por otro lado, otro aspecto que es necesario e importante resaltar es el reiterado comportamiento excluyente de gran parte los funcionarios en cuanto a decisiones que sobre la población Mayor se tomen en los diferentes distritos. Es aquí donde empezaremos a analizar la vinculación entre los niveles de participación organizada que tengan las Personas Mayores en cada distrito y la inclusión de las mismas en el desarrollo de políticas sociales que se elaboran a nivel de cada municipio. Esto se vio claramente en la acogida que tuvo la propuesta de la Red ANAMPER para el desarrollo de los Centros Integrales de Atención a la Población Adulta Mayor – CIAM⁴⁴ (MIMDES, 2007 b), producto de la Ley General de Personas Mayores 28803 la cual, si bien en el discurso fue muy bien acogida por los principales distritos de Lima con los que la Red ANAMPER venía trabajando, en la práctica no se asumieron grandes compromisos al respecto, quedando como un tema más de Agenda que no se cristalizó en acciones concretas. Comprendemos por ello que a pesar de los esfuerzos que muchos municipios han hecho por incorporar la participación activa de la

⁴⁴ Una característica fundamental de la naturaleza de los CIAM y que se desarrollo de una manera más amplia en la propuesta de la Red ANAMPER presentada a un grupo considerable de Municipios era que incorporaba como actor central a la organización social representativa de cada distrito. De esta manera, la figura sería Municipio – Instituciones (Públicas, privadas y de la Sociedad Civil) – Organización de Personas Mayores, cada una con la misma capacidad de voz y de decisión que la otra.

población, en la práctica institucional de los mismos sea difícil modificar determinados patrones de conducta muy bien enraizados en el imaginario y la conciencia de los funcionarios municipales, sobre todo si se entiende que a las poblaciones vulnerables hay que asistirles en sus necesidades pero en base a lo que la autoridad consideren que necesitan, sin creer necesaria la opinión de los involucrados en la decisiones que se tomen sobre ellos.

Podemos decir entonces que esta misma práctica asistencial recoge el ejemplo de lo que en un inicio desarrolló Essalud a través de sus Centros de Adultos Mayores (Cuya naturaleza inicial no ha experimentado modificaciones significativas en estos últimos años) y que también implementaron algunas parroquias limeñas.

CAPÍTULO IV
MARCO TEÓRICO
CONTRIBUCIÓN TEÓRICA DE PIERRE BOURDIEU
A LA COMPRENSIÓN DEL ENVEJECIMIENTO
COMO FENÓMENO SOCIAL

1. El constructivismo estructuralista de Pierre Bourdieu como estrategia metodológica para la comprensión de la política como ciencia social.

La importancia del aporte teórico del sociólogo francés Pierre Bourdieu radica en dos aspectos centrales de su obra. El primero, es referente a la superación de la antinomia entre física social y fenomenología social (Bourdieu, 2005: 31), entre lo objetivo y lo subjetivo, lo estructural y lo constructivista. Lo estructural encarnado en los esquemas mentales y de percepción del mundo social guiando por tanto la acción de los individuos. Lo constructivista, plasmado en la lógica de la Práctica Social que va definiendo las estructuras de acción en los individuos de una sociedad. En ese sentido, supera la dicotomía entre ambas formas de interpretación del mundo social y los presenta como dos momentos de una misma acción (2005: 37)⁴⁵, lo cual significa que, para que exista un real análisis de un fenómeno social en particular, es necesario comprender la dialéctica de la acción social.

⁴⁵ Algo muy importante referente a este punto es la afirmación de Loic Wacquant, co – autor del presente libro quien señala que “es preciso enfatizar que, si bien los dos momentos de análisis son igualmente necesarios, no son iguales; se le asigna a la ruptura objetivista una prioridad epistemológica sobre la comprensión subjetivista”

El segundo aspecto, relacionado de forma directa con el tema central de este estudio, desarrolla una explicación de la dominación y la génesis del poder simbólico, entendiéndolo como aquello que establece las diferencias y desigualdades presentes en el mundo social, lo cual tiene un fin eminentemente político, de allí la importancia de mostrar la relación vinculante entre *Políticas en Salud* y el tema de *Ciudadanía* que marca el desarrollo de esta investigación; sobre todo si reconocemos la débil voluntad política que manifiestan los decisores públicos⁴⁶ para generar cambios significativos en el país. Así, esta falta de voluntad política es fuertemente condicionada por lo que Bourdieu llama *Poder Simbólico*, el cual influye en la conformación de las estructuras de dominación, promueve la legitimación de las diferencias y el establecimiento de dos sectores bien definidos en la sociedad: Los dominadores y los dominados. Para ubicar estas categorías conceptuales utiliza dos grandes definiciones **CAMPUS y HABITUS**, donde

“Un campo es un conjunto de relaciones objetivas e históricas entre posiciones ancladas en ciertas formas de poder (O capital), mientras que el habitus consiste en un conjunto de relaciones históricas “Depositadas” dentro de los cuerpos de los individuos bajo la forma de esquemas mentales y corporales de percepción, apreciación y acción. Cada campo prescribe sus valores particulares y posee sus propios principios reguladores” (2005: 44).

Por ello destacamos la capacidad que poseen las Ciencias Sociales para la comprensión de los fenómenos de carácter político y social que se han dado a lo largo de la historia de nuestro país y que relaciona la acción del Estado con el papel que cumple la Sociedad. Pero no sólo es entender esta realidad, que es social y política, sino que es la búsqueda de generar una conciencia crítica que ayude a promover cambios significativos para la construcción de formas cada

⁴⁶ Se refiere a: autoridades y funcionarios públicos.

vez más viables de convivencia entre todos los sectores de nuestra sociedad integrados en la idea de nación.

Desde esa perspectiva, destacamos el rol que ha cumplido la universidad peruana, particularmente la universidad pública, que se ha visto fuertemente influenciada por procesos políticos y sociales en cada etapa histórica del país; los cuales no siempre han significado cambios que hayan influido de forma positiva en la configuración de las Ciencias Sociales como cimiento de la conciencia crítica de nuestra sociedad y principal aliento en la gestación de escuelas de pensamiento dedicadas a la generación de propuestas orientadas a la transformación del país. En este aspecto mirando al país como evidencia objetiva, el desarrollo de investigaciones dedicadas al análisis de las estructuras y realidades sociales que ha realizado la universidad peruana reconocemos, ha sido, desafortunadamente muy débil.

Siendo la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, un reconocido referente del estudiantado universitario en décadas pasadas para la gestación y desarrollo de movilizaciones a favor del debate y estudio crítico de la realidad nacional, de pronto debió enfrentar en los años 90 la militarización de su campus universitario y con ello el inicio de un periodo de intervención impuesta por el gobierno autoritario de Alberto Fujimori que promovió la abolición de toda forma de debate e intercambio de opiniones y propuestas entre estudiantes e investigadores universitarios, en su decisión de introducir como corriente de pensamiento la ideología neoliberal como sustento de su proyecto político. Esta ideología como recordamos se enquistó paulatinamente en el imaginario colectivo de gran parte de la Comunidad Académica de ese entonces y fue

“extirpando”, probablemente sin que se dieran cuenta, gran parte del potencial reflexivo y crítico que había caracterizado a la universidad pública por muchos años.

Como resultado de esta “hegemonía” ideológica y política, el estudio de los grandes problemas del país fue reemplazado por estudios de corte más “focalizado”, con una clara inclinación de la universidad a los estudios de intersubjetividad aplicados a las Ciencias Sociales. Bajo el influjo de esta corriente de pensamiento la formación académica y profesional del estudiantado fue encasillada en estructuras de análisis que priorizó lo “eminente técnico e instrumental” (Taylor, 1994: 55), pragmático y de fácil resolución, lo cual reconocemos como cambios que no necesariamente fueron para bien. Entendemos entonces que “nos adaptamos” a un funcionalismo instrumental propio de la tendencia mundial globalizadora. Vinculado al comentario y en alusión a Kant Adair MacIntyre afirma que:

“...la diferencia entre una relación humana que no esté informada por la moral y otra que sí lo esté, es precisamente la diferencia entre una relación en la cual cada persona trata a la otra como un medio para sus propios fines primariamente, y otra en la que cada uno trata al otro como fin en sí mismo. Tratar a cualquiera como fin en sí mismo es ofrecerle lo que yo estimo buenas razones para actuar de una forma más que de otra, pero dejándole evaluar esas razones. Es no querer influir en otro excepto por razones que el otro juzgue buenas. Es apelar a criterios impersonales de validez que cada agente racional debe someter a su propio juicio. Por el contrario, tratar a alguien como un medio es intentar hacer de él o de ella un instrumento para mis propósitos aduciendo cualquier influencia o consideración que resulte de hecho eficaz en esta o aquella ocasión.”(MACINTYRE, 2001: 41)

Como vemos, la fuerte influencia de la ideología neoliberal introdujo el *Individualismo* como característica principal y manifestación perniciosa de dicha ideología. Esta tendencia y *programa de destrucción metódica de las colectividades* (Bourdieu, 1998: 3), arraigado no sólo en el imaginario de los grupos o sectores de la sociedad, se ha instalado como un poder superpuesto en el escenario de la gran política que es la que finalmente influye en la naturaleza de las políticas sociales que se implementan desde el Estado. Esta mirada del yo como centro de la vida política y social ha acentuado aún más nuestros defectos, sin que ello desmerezca los intentos que hubieron a lo largo de nuestra historia para construir una sólida identidad nacional, lo cual hoy vemos reflejado en la ausencia de un Proyecto Nacional que haga viable un verdadero desarrollo integral del Perú.

La caracterización del período político de los últimos 20 años reafirma nuestra posición en cuanto al rol histórico que está cumpliendo el Estado, el cual ha devenido en *facilitador de procesos y subordinado a los mandatos del gran mercado*, y comprendemos por ello su predisposición a estigmatizar todo aquello que deberíamos defender a favor del interés nacional, como nuestra soberanía e identidad. Este tipo de comportamiento forma parte de toda una estrategia desarrollada por la lógica del mercado que considera al individuo como el único responsable y garante de su desarrollo, dejando de lado el papel importante que cumple el Estado y la Sociedad para garantizar el bienestar de la nación, sobre todo en cuestiones claves como la salud. La CEPAL por su parte nos hace ver que:

*.... el desarrollo social no se ha dado al mismo ritmo que el desarrollo económico.
.... debido al escaso dinamismo económico y la insuficiente creación de fuentes de trabajo, y a la imposibilidad de elevar los recursos fiscales a un ritmo acorde*

con las crecientes necesidades y el aumento de la población. Existía un pacto social restringido, difícil de sostener a largo plazo sin que se produjeran frecuentes déficit fiscales, cuyas secuelas inflacionarias terminaban provocando efectos muy nocivos precisamente en la población más vulnerable. Por esta razón, finalmente el pacto se quebró. El pacto ya suponía una mitad vacía del vaso, que se hizo más visible en la crisis de aquella forma de Estado. (CEPAL, 2006: 54 y 55)

2. El Envejecimiento Poblacional desde la perspectiva teórica de Bourdieu

La elección de Bourdieu para la comprensión del fenómeno social objeto de nuestra investigación no ha sido realizada al azar. Su teoría y desarrollo conceptual, pero sobre todo su propuesta metodológica orientada al rechazo de todo lo dogmático, ha representado un importante punto de apoyo hacia el entendimiento del fenómeno del Envejecimiento Poblacional como parte de una problemática social. En ese sentido, los conceptos Bourdieanos que nos ayudarán en el análisis del comportamiento de los actores sociales involucrados en dicha problemática serán los conceptos de Habitus, Campo y Violencia Simbólica; esta última relacionada con uno de los “capitales” con que cuenta la sociedad: El Capital Simbólico.

- El Campo:

Bourdieu lo define como:

“Un sistema modelizado de fuerzas objetivas (muy a la manera de un campo magnético), una configuración relacional dotada de una gravedad específica que se impone sobre todos los objetos y agentes que se hallan en él”. Es también a su vez “un espacio de conflicto y competencia entre agentes políticos y sociales que rivalizan por el monopolio sobre el tipo de capital que sea eficaz en él y el poder de decretar

la jerarquía y las “tasas de conversión” entre todas las formas de autoridad del campo de poder” (2005: 45).

Esta definición describe en gran medida la naturaleza de los procesos internos que se dan alrededor del Envejecimiento Poblacional como fenómeno social, pues en el gran escenario del cambio demográfico las situaciones de conflicto y competencia no han estado ausentes. Al contrario, han sido una constante, pues la lucha al interior del mismo por establecerse una determinada posición “siempre mejor” que las otras, ha caracterizado el largo recorrido que han seguido los diferentes actores involucrados, sean del Estado o de la Sociedad Civil.

Un aspecto distintivo y nuevo que se ha presentado en estos últimos casi cuatro años en el escenario del Cambio Demográfico ha sido el reordenamiento de la ubicación de estos actores, pues el desarrollo de la organización social alcanzado en cuanto a mejora de la calidad de sus niveles de participación e incidencia política ha facilitado una nueva reubicación y afianzamiento de roles principalmente del actor y principal referente social en el tema del Envejecimiento Poblacional: Las Personas Adultas Mayores, afirmadas en torno a su organización nacional, la Red ANAMPER.

Otro tema, controversial y vinculado al proceso de construcción social es el papel que han cumplido las ONGs, por lo menos los últimos 30 años, en cuanto a acciones de promoción o especializadas en la investigación y seguimiento en muchos de los temas que han sido de interés nacional: Gobernabilidad y

Libertades Democráticas, Derechos Humanos, Recursos Naturales y expansión de la inversión extranjera, corrupción, desempleo y protección social, son quizá algunos de los temas que ha movilizó en general a la sociedad civil y sus instituciones representativas.

En la relación entre las ONG y las Organizaciones Sociales, en muchos de los casos, ésta se ha caracterizado por el carácter de “subsidiaridad” y manejo vertical excluyente que aplicaron para la implementación de la cooperación internacional; lo cual, si bien obedeció a las condiciones propias de la crisis política y social del país entre los 80’ y los 90’ (entre ellos el alto nivel de corrupción), estuvo condicionado por la carencia de experiencia de parte de los sectores populares para gerenciar proyectos sociales de desarrollo lo que fue suplido en demasía por estas instituciones privadas sin fines de lucro.

Sin embargo, además de haber obtenido la hegemonía en el manejo financiero de la cooperación internacional para el *proceso de reconversión social* que Odebió experimentar la población para afrontar la crisis estructural y violencia política de esos años, se fomentaron nuevas “formas de acumulación social” (basismo oenegista) que limitó el accionar de las organizaciones sociales, condicionadas a las líneas de “apoyo” de dichas instituciones. Por extensión fue notorio el monopolio intelectual, que estuvo expresado en el alto grado de representación que se autoendosaron “expertos o técnicos” en su intervención en espacios de negociación con instancias del Estado. Al respecto Pierre Bourdieu define esta contradicción *“En una sociedad dividida en clases, las taxonomías sociales (tales como la ocupación o la escala salarial) que organizan la representación de los grupos son*

producidas en todo momento por, y están en juego en, las relaciones de poder entre las clases” (Bourdieu 2005: 41).

Siendo el Envejecimiento Poblacional un tema reciente en la agenda pública nacional, en su inserción y proceso de expansión como tema nacional reprodujo estructuras de representación de la elite intelectual fundadas en el doble carácter excluyente, desde el Estado (Mimdes) y la Sociedad Civil (ONGs), que condensó el periodo concertador que impuso la transición democrática entre el año 2000 y el 2003. El Estado a través del MIMDES asumía la coordinación de acciones con instancias públicas y, desde la Sociedad Civil las ONGs eran el nexo (relación de intermediación) con la población Adulta Mayor donde las Personas Adultas Mayores son vistas como “beneficiarios y discapacitados crónicos” y expuestos a los defectos de la actividad política: manipulación, clientelismo, fraccionalismo, etc. Al respecto, la Sra. Rosa Jaime, nos relata que...

“... las ongs convocaban Encuentros Nacionales donde se reunía a líderes adultos mayores de algunas provincias como La Oroya, Chiclayo, Huancayo, Ilo, con quienes intercambiábamos información pero no se llegaba a acuerdos, por que ellos (las ongs) dirigían las reuniones. Los hermanos de provincia lo tomaban como paseo y no entendían el sentido de estas reuniones. Recién en diciembre del 2000, ya en el 4to. Encuentro Nacional de líderes adultos mayores, por un descuido de ellos elegimos a nuestra Mesa Directiva y luego decidimos la constitución de nuestra Asociación Nacional”. (Entrevista 1, Sra. Jaime – Asociación Nacional de Adultos Mayores del Perú)

El presente gráfico ilustra muy bien esta situación:

GRÁFICO 11



Elaboración propia

Una evidencia en la modificación de los términos de representación autónoma se gestó durante el Primer Encuentro Metropolitano de Organizaciones con la constitución de la *Coordinadora de Organizaciones Personas Adultas Mayores de Lima Metropolitana*, en diciembre del año 2005. Esta muestra renovada de fuerzas que alcanzaron las Personas Adultas Mayores en dicho evento los catapultó para el siguiente período político entre el 2006 en adelante. Esta evolución positiva hizo posible la centralización de esfuerzos por fomentar organización en la mayoría de distritos de Lima, en su afán por hacer visible el impacto que está teniendo el cambio demográfico en las condiciones de vida de este sector y la defensa de sus derechos que tienen como ciudadanos.

El 2006 sería la etapa de movilización por la Ley del Adulto Mayor e ingreso al escenario de la política, preámbulo de masas para la inclusión de la Red ANAMPER a la Comisión Multisectorial del MIMDES en condición de miembro pleno desde mayo del 2007, como acto público de reconocimiento a su protagonismo social y auténtica representación social de las personas adultas mayores del Perú. Lo cual validó interviniendo activamente en la Consulta para la evaluación del Plan de Acción Internacional que convocó Naciones Unidas y que culminó participando en el Foro de la Sociedad Civil de América Latina y el Caribe que se realizó en Brasilia en diciembre del 2007.

Pero esto no se logró producto de una concesión voluntaria. Tal como describe Bourdieu en su concepto de *campus*, el escenario del Envejecimiento Poblacional también ha sido un espacio de conflicto y competencia, no siempre leal ni bajo igualdad de condiciones, más bien se ha caracterizado por ser un escenario de convergencia de intereses, incluso muchas de ellas personales, que de seguimiento al desarrollo de políticas públicas incluyentes, acordes con las necesidades y aspiraciones de las durante el Primer Encuentro Metropolitano de Organizaciones de Personas Adultas Mayores. La lucha entonces, tal como afirma el autor, se da por el monopolio de los beneficios que el tema del Envejecimiento pueda generar, poder mantener un estatus social y establecer jerarquías y ubicaciones entre pares institucionales dentro de él. En ese aspecto, el rol cumplido por las ONGs, se ha caracterizado por mantener dos tipos de política institucional: Una formal y otra tácita que no afirma ni contradice nada.

En su política formal de trabajo, actuaban bajo el lema de la promoción de los derechos a las Personas Adultas Mayores, la defensa de la autonomía y protagonismo de las organizaciones de personas Adultas Mayores como principales referentes en el tema. Sin embargo, de manera tácita, la gran mayoría de ellas durante todos estos años han aplicado una modalidad de trabajo basada en la competencia; opuestas al desarrollo autónomo de la organización social y mucho más aun, reticentes a perder terreno o compartir roles y reconocer el papel importante que ya cumplían las Personas Mayores como ciudadanos sujetos de derechos, cuando empezaban a organizarse y fortalecerse cada vez más, integrándose bajo una formula unitaria como expresión de su diversidad cultural y social y que denominaron Red ANAMPER.

Entre el año 2006 y 2007 ha sido notorio el cambio en cuanto a la calidad de las relaciones, que alcanzó la organización social de las Personas Adultas Mayores con los demás actores políticos y sociales pasando a ser equilibradas y transversales en cuanto a roles y responsabilidades. (Ver gráfico 2).

GRÁFICO 12



Elaboración: Propia

- **Noción de Habitus:**

Respecto a la noción de habitus desarrollada por Bourdieu, éste "...consiste en un conjunto de relaciones históricas "Depositadas" dentro de los cuerpos de los individuos bajo la forma de esquemas mentales y corporales de percepción, apreciación y acción. Cada campo prescribe sus valores particulares y posee sus propios principios reguladores" (2005: 44). Igualmente la define como "*un mecanismo estructurante que opera desde el interior de los agentes, sin ser estrictamente individual ni en si mismo enteramente determinante de la conducta*". De esta manera, según palabras de Bourdieu constituye "*...el principio generador de estrategias que permite a los agentes habérselas con situaciones imprevistas y continuamente cambiantes [...] un sistema de disposiciones duraderas y trasladables que, integrando experiencias pasadas, funciona en todo momento como una matriz de percepciones, apreciaciones y acciones y hace posible la realización de tareas infinitamente diversificadas*" (2005: 46 y 47), vemos como este *mecanismo estructurante* es el que influye en el comportamiento de los actores involucrados con la problemática en cuestión.

Ahora, es verdad que el acceso al conocimiento y uso sistémico de éste hace posible que se establezca una diferencia entre los "especialistas en el tema" y la población mayor, en el sentido que los primeros tienen acceso, tanto por su nivel de formación profesional como por su especialización en el tema, a un conjunto de información que no siempre llega a los segundos debido a múltiples razones, muchas de estas influidas por la percepción del mundo social que se tiene desde la llegada e imposición de la lógica del mercado y la competencia. La disposición entonces a aceptar y hasta legitimar las diferencias y los mecanismos de dominación entre sectores puede ser entendida. Al respecto Pierre Bourdieu nos plantea el centro de la contradicción y afirma que,

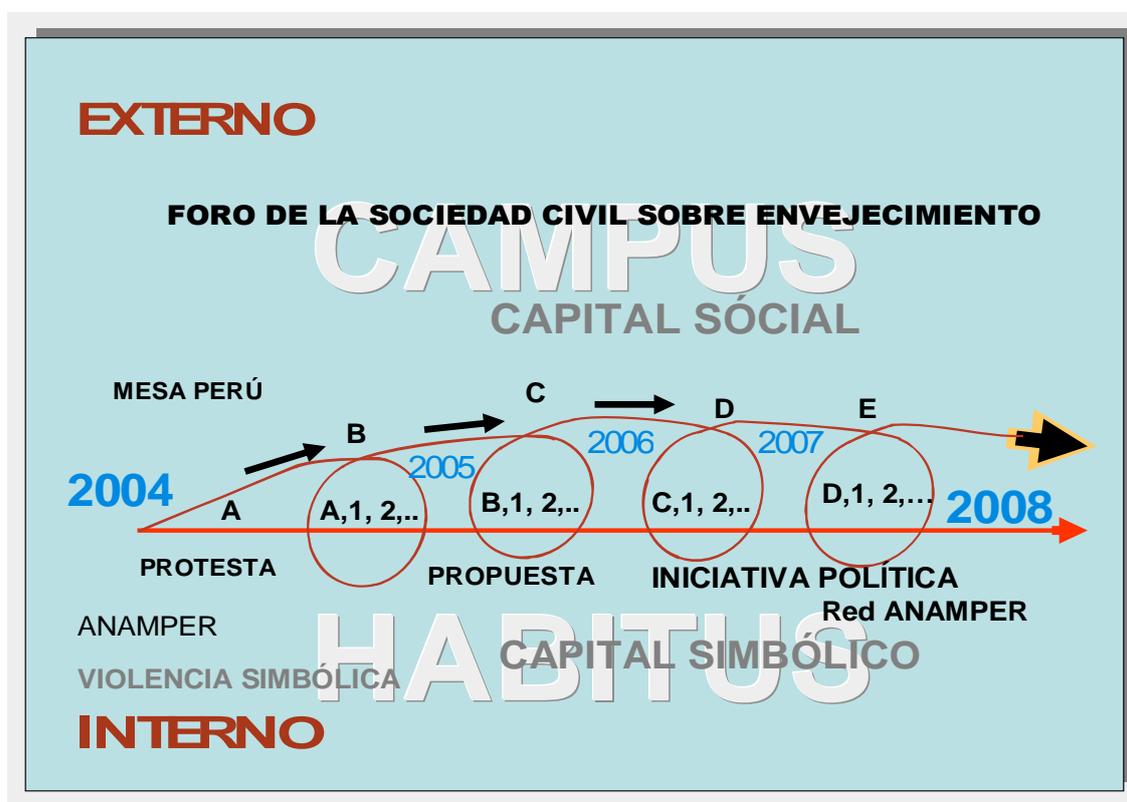
La percepción primera del mundo social, lejos de ser un simple reflejo mecánico, es siempre un acto de conocimiento que hace intervenir unos principios de construcción exteriores al objeto construido captado en su inmediatez, pero que, no conteniendo el dominio de esos principios ni de su relación con el orden real que los mismos reproducen, constituye un acto de desconocimiento que implica la forma más absoluta de reconocimiento del orden social. (Bourdieu, 2006: 482).

Sobre ello, la relación que podríamos encontrar entre lo ético – moral y lo político, en cuanto al desarrollo de estrategias para la formulación de políticas públicas inclusivas, constituye también una de las principales preocupaciones de Bourdieu, tal como lo afirma Loic Wacquant, discípulo del mismo y profesor de la Universidad de Chicago cuando señalaba que *“Bourdieu está muy preocupado por la significación moral y política de la sociología. Aunque difícilmente su obra se la pueda reducir a ello, su obra expresa un mensaje moral en dos niveles”*.

Sin embargo, frente a las estrategias de dominación que se buscan imponer con la complicidad de los que ellos consideran dominados producto de la valoración que ellos tienen sobre sí mismos, vemos con esperanza que *“esto no es una fatalidad que no se pueda superar sino que “cuando más conscientes se tornan de lo social dentro de ellos al dominar reflexivamente sus categorías de pensamiento y acción, es menos probable que sean actuados por la externalidad que los habita”*. En lo referente a la influencia política, sostiene que *“el trabajo del sociólogo es desnaturalizar y desfatalizar el mundo social, esto es, destruir los MITOS que ocultan el ejercicio del poder y la perpetuación de la dominación”* (2005: 87).

Para encarar esta percepción será necesario que el sujeto social se reconozca como protagonista y agente activo de cambio; es decir logre alcanzar plena realización de su condición de ciudadanía ejerciendo sus derechos. Para ello será imperioso que experimente una constante renovación organizativa, así como el desarrollo de sus capacidades en el plano propositivo y promotor de iniciativas sociales y políticas. Para el trabajo realizado hemos analizado el proceso de cambios que ha vivido la población Adulta Mayor y sus referentes organizativos y representativos en 02 períodos, el primero entre el año 2000 y el 2003 y el otro entre el año 2004 al 2008 inclusive.

GRÁFICO 13



Elaboración propia

3. Las Ciencias Sociales y el papel de los intelectuales:

Esta valoración nos invita a sugerir una renovación integral en el campo de las Ciencias Sociales que facilite la apertura a corrientes de pensamiento y ayude a la conformación de un movimiento intelectual que relacione las grandes transformaciones que vive la humanidad con las necesidades vitales de nuestro país, y que ello redundará a favor de nuestra práctica social y en la necesaria transformación de las instituciones sociales y políticas. *“La sociología de Bourdieu puede también leerse como una política en el sentido que el da al termino: un intento de transformar los principios de la visión mediante los cuales construimos la sociología, la sociedad y, en ultima instancia, a nosotros mismos”* (2005: 99).

Ponemos énfasis en cuanto a la ubicación neutral que muchas veces adoptan los científicos sociales interesados en alcanzar una rápida adaptabilidad a las exigencias del mercado. De este modo el cambio drástico a un accionar en terrenos del pragmatismo inevitablemente los alejará del trasfondo político y social que condensan los grandes problemas nacionales. Eduardo Galeano en un artículo recordaba la definición de Gramsci del concepto de intelectuales orgánicos como *“intelectuales que funcionan como un órgano unido con la sociedad”*⁴⁷. En la Era de Informática y el desarrollo vertiginoso de sistemas comunicacionales aún es más preciso reforzar la postura del sociólogo ante los embates del facilismo. Pierre Bourdieu nos precisa que:

“A pesar de la apariencia de objetividad, la “sociología de los intelectuales” que es tradicionalmente el quehacer de los “intelectuales de derecha”, y la crítica del “pensamiento de la derecha”, que incumbe de preferencia a los “intelectuales de izquierda”, no son otra cosa que agresiones simbólicas que se dotan de una eficacia suplementaria cuando toman el aspecto de la impecable neutralidad de la ciencia.

⁴⁷ Eduardo GALEANO, “Intelectuales de configuración variable” – Artículo aparecido en la web en enero del 2007.

Ambas de ponen tácitamente de acuerdo para dejar oculto lo esencial, es decir, la estructura de las posiciones objetivas que está en el origen, entre otras cosas, de la visión que los ocupantes de cada posición puedan tener de los ocupantes de las otras posiciones, y que confiere su forma y su fuerza propias a la propensión de cada grupo a tomar y a dar la verdad parcial de un grupo como la verdad de las relaciones objetivas entre los grupos” (Bourdieu: 2006: 53).

Finalmente entregamos este comentario del mismo autor:

“Los obstáculos epistemológicos que la ciencia Social tiene que superar son, en primer lugar, obstáculos sociales; por ejemplo la representación común de la jerarquía de las tareas constitutivas del oficio de sociólogo, que lleva a tantos investigadores a alejarse de las actividades humildes, fáciles y fecundas para dirigirse hacia unos ejercicios difíciles y estériles al mismo tiempo; los sistemas provisionales de proposiciones científicas que se esfuerzan por asociar la coherencia interna y la compatibilidad con los hechos no pueden ser producidos más que al precio de un trabajo lento, difícil y destinado a permanecer ignorado por todas las lecturas apresuradas que solo pueden ver unas reafirmaciones repetitivas de ese, intuiciones o hechos ya conocidos en el resultado provisional de una larga serie de totalizaciones, puesto que ignoran lo esencial, esto es, la estructura de las relaciones entre las proposiciones” (Bourdieu: 2006: 522)

En ese sentido, no debemos olvidar que el verdadero significado de la acción del científico social no consiste sólo en construir conocimiento “altamente calificado” para ser reconocido únicamente por aquellos “círculos académicos virtuosos”, sino que dicho conocimiento debe generar cambios significativos en los problemas de fondo, cuya naturaleza estructural está tan arraigada en el imaginario de la población en general que se expresa de manera espontánea en su acción social y en sus reflexiones del sentido común, las cuales no le permiten ver lo que sí pueden ver aquellos que mantienen de cierta forma, el monopolio del conocimiento.

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

*“El Estado brinda los servicios de salud e implementa estrategias que permiten a las personas acceder a ellos, sin discriminación de sexo, raza, religión, condición social o económica.”
(MINSa, 2007) ⁴⁸*

Hemos llegado a la etapa donde corresponde mostrar los hallazgos encontrados en el transcurso de la investigación para conocer cómo han ayudado las Políticas Sociales en salud a hacer efectivo el ejercicio de Ciudadanía en salud de las Personas Adultas Mayores y han favorecido su derecho a la salud. Para ello, se aplicó una metodología eminentemente *cualitativa* con la finalidad de conocer las percepciones de actores involucrados en el tema y descubrir explicaciones sobre el desarrollo de las políticas públicas en salud, en su relación con la realidad concreta y la necesidad de promover cambios a favor de las Personas Adultas Mayores; de igual modo se buscó establecer la diferencia cualitativa de las condiciones en cuanto a su ejercicio de ciudadanía relacionado con la posibilidad de hacer efectivo su derechos a la salud.

Las conclusiones que deja el estudio realizado permiten confirmar la visión arraigada en el imaginario social entre el común de la población, en la certeza (Bernstein, 1983: 20) de que aún no es realmente posible el acceso equitativo a una adecuada y eficiente atención en salud en nuestro país. Más aún cuando esta

⁴⁸ Capítulo I, Principio y Visión. Definición de Inclusión Social.

situación es evidenciada en la relación desproporcionada que existe entre una *demanda* creciente desde la población y la *oferta* considerablemente limitada desde el Estado que afecta sobre todo a los sectores considerados vulnerables, como niños, mujeres; particularmente las Personas Adultas Mayores, quienes constituyen uno de los sectores poblacionales más desatendidos en lo que se refiere a salud debido a las características biológicas propias de su edad y las condiciones excluyentes que han marcado los programas sociales del Estado los últimos 20 años. Por consiguiente, la atención al fenómeno del Envejecimiento Poblacional en este aspecto es crucial y conlleva el desarrollo de políticas sociales y públicas en salud inclusivas y acordes con la tendencia y los cambios producidos en la composición por grupos de edad entre la población; cambios que deberán permitir reconocer el proceso de Envejecimiento como una tendencia que influye cada vez más en la pirámide poblacional.

En ese sentido, los instrumentos utilizados: realización de un grupo focal, entrevistas semiestructuradas, y otros complementarios permitieron definir el enfoque investigativo alrededor del Derecho a la Salud en su relación vinculante con Políticas públicas en salud y Ciudadanía en salud. El método de muestra intencional utilizada consideró: la edad (60 años y más), el género (buscando una participación equitativa), la condición de pobreza y antecedente laboral (pensionista y no pensionista); y, para el trabajo de análisis se identificaron como ejes temáticos: Percepción del sentido de las políticas como expresión del papel del Estado frente a la población, percepción de la oferta de servicios, percepción de las características de la demanda por atención en el cuidado de la salud y percepción de las personas Adultas Mayores en su condición de actor social,

tomando en cuenta la vida de las personas como resultado del modelo de desarrollo.

La realización del grupo focal ha mostrado con claridad las relaciones que existen alrededor de la dinámica de las políticas públicas en salud en el escenario del Envejecimiento Poblacional y, cómo eso finalmente impacta en el ejercicio de ciudadanía de las PAMs, como actor social. Hacemos referencia de entrevistas a actores claves pertenecientes tanto a la esfera del Estado como de la Sociedad Civil y las mismas Personas Adultas Mayores, con las cuales se profundizó aún más el análisis en la investigación realizada.

De ahí la necesidad de hacer notar que el uso de categorías conceptuales como pobreza – bienestar – envejecimiento, etc, sugiere que muchas de ellas si bien mantienen ubicaciones contrapuestas en el mundo real de la vida cotidiana, en igual medida están presentes en el imaginario de las personas. Significa que las Políticas Públicas al exponer el ideal de la realización del derecho por parte del Estado, cada una de ellas responde a fines específicos y resulta contraproducente para grupos poblacionales vulnerables y no toma en cuenta para nada la vida de las personas como resultado de un proceso permanente y continuo afectado por diversos factores, tal es el caso en la salud de las personas en la vejez y que refleja la forma en que ha vivido a lo largo de su vida. Resulta inocultable que Leyes y programas “exclusivos” (niños, mujer, adultos mayores) representa una forma de atomización de la política, basados en la focalización de su realización y la práctica del asistencialismo en la gestión pública.

Además y como una forma de analizar con mayor profundidad la relación entre los resultados obtenidos con las preguntas e hipótesis de investigación, se elaboró un cuadro de apoyo que integra las variables utilizadas en el proceso de la investigación. Dicho cuadro, junto a la sistematización de las entrevistas, el informe del grupo focal y el análisis de los contenidos de la documentación y normatividad referida al tema, sirvió de ayuda para el desarrollo del análisis de las evidencias encontradas, las cuales se ha intentado abarcar en cuatro grandes campos temáticos que presentamos a continuación y que nos permiten ver, en términos generales, que existe una contradicción entre la mirada que tiene el Estado, que es de avance y logros, y la que tienen las propias Personas Mayores, quienes no reconocen aún cambios significativos en la calidad de su salud.

De esta manera, los resultados de la investigación realizada no son producto del azar, sino que fueron desarrollados a través de la combinación tanto de la técnica como de la experiencia acumulada que se tiene del tema, lo cual en suma ha permitido tener a la mano información y documentación de primer orden que ha contribuido a la confirmación de las hipótesis planteadas. Aquí mostramos entonces estos cuatro grandes campos en los que se enmarcan los resultados obtenidos en la investigación:

1. Políticas Públicas en Salud y deficiente papel del Estado

El derecho a la Salud que corresponde al conjunto de la población nos lleva a identificar las responsabilidades que le competen al Estado como garante del bienestar general, lo cual se traduce a través de Políticas de Estado que

compromete al sistema de gobierno, sus instituciones públicas y las relaciones que se fomentan con los variados estamentos de la sociedad.

Al analizar el impacto de las políticas sectoriales en salud para Personas Adultas Mayores, es una característica notable el sentido eminentemente sanitario que ellas expresan o manifiestan en todas las fases que comprende el sistema de atención de la salud de las personas, tal como podemos ver en el siguiente comentario dado por el Dr. Juan Del Canto representante de la Etapa de Vida Adulta Mayor del Ministerio de Salud cuando afirma que *“...hoy, por el sistema que nosotros manejamos, tenemos que atender finalmente la demanda inmediata, o sea atendemos el daño, la enfermedad. Estamos atendiendo directamente el daño y no ha habido el trabajo...necesitamos fortalecer el trabajo promocional”*

Por otro lado, en las percepciones de Adultos Mayores que participaron en la consulta a través del grupo focal, en todas ellas se evidenció que en su imaginario está ausente el significado del cuidado de su salud, adherido a la autovaloración de su naturaleza humana, como una muestra de que no han internalizado la necesidad de conocer y hacer prevalecer su derecho a la misma. Visto de este modo, las políticas sectoriales en salud en su ejecución indirectamente inducen al desarrollo de una práctica en la que tanto el médico y como el personal en general ejercen su labor encuadrados en un enfoque que considera la atención del paciente como un favor y no como un derecho que toda persona tiene por su condición ciudadana; razón por la cual la atención se caracteriza por ser eminentemente focalizada y poco efectiva. Al respecto, el representante del MINSA, Dr. Juan del Canto y Dorador señala *“El INTRA II nos demuestra que el personal de salud no estaba del todo preparado para trabajar la atención*

integral de adultos mayores. Lo otro que me demuestra este estudio fue de que muchas de las demandas del adulto mayor todavía no eran satisfechas por los establecimientos". Por otro lado, fue reiterativa la opinión de Adultos Mayores entrevistados de que "...en general los centros de salud ven en cada persona Adulta Mayor un "paciente" y cada consulta está parametrada por ese criterio, en el que la pregunta común es: ¿qué te duele?.", mientras que otros señalaban que "...existe un bajo interés en diagnóstico especializado orientado a la prevención de nuestras enfermedades..."

La formulación de soluciones reales a los problemas planteados depende del cambio del enfoque. A pesar de los avances en cuanto a políticas, planes o programas en su generalidad siguen siendo asistencialistas y con ello generadores de dependencia. De hecho, el asistencialismo expresa una forma de hacer política y una filosofía (visión de la realidad y el mundo) que justifica relaciones sociales de dominación que fomenta una cultura política de dependencia, en la que los derechos de las personas terminan convirtiéndose en dádivas y favores que hay que agradecer. La Municipalidad de Lima Metropolitana encarna todos estos defectos. Carece de políticas y su programa para Personas Mayores consiste en la atención de un albergue para 80 adultos mayores en condición de indigencia, así como a 03 grupos que en total suman aproximadamente 120 adultos mayores inscritos en sus sedes institucionales y cuyas actividades responden a los planes de la Gerencia de Desarrollo social del municipio metropolitano. Todo está para hacerse en cuanto a políticas regionales sobre envejecimiento para Lima Metropolitana que tiene una población Adulta Mayor cercana a 800 mil personas.

Otro de los temas que se desprenden de este análisis tiene que ver con la calidad del gasto público en salud, cuyo impacto recae principalmente en los sectores más pauperizados de la población Adulta Mayor. Mientras que otra queja constante se dirige a reconocer que "...los hospitales y centros de salud del MINSA no están implementados para brindar atención adecuada a las personas. En ESSALUD es aun peor. Paracetamol es un producto que se entrega en todos los casos de atención" (Grupo Focal, 2009). Los resultados del Censo realizado por el INEI en el año 2007 reportan que sólo 26, 404 PAMs se encuentran afiliados al Seguro Integral de Salud, lo cual representa el 1.3% del total de Adultos Mayores frente a las 697,476 Personas Adultas Mayores pensionistas (titulares) adscritas al régimen de Essalud.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ASEGURADA ACTIVA POR TIPO DE SEGURO Y TIPO DE ASEGURADO

DICIEMBRE 2008

Nº	TIPO DE SEGURO	POBLACION	TITULAR	DERECHOHABIENTE
01	ASEGURADOS REGULARES	7,172,282		
1	TRABAJADOR ACTIVO	6,092,578	3,305,378	2,787,200
2	PENSIONISTA	973,053	697,476	275,577
3	TRABAJADOR DEL HOGAR	57,223	35,773	21,450
4	PESCADOR ARTESANAL	3,385	1,275	2,110
5	TRABAJADOR DE LA CBSSP	8,968	5,587	3,381
6	PENSIONISTA DE LA CBSSP	31,597	12,487	19,110
7	PENSIONISTA EN TRAMITE	5,478	4,915	563
02	ASEGURADOS AGRARIOS	424,830		
8	AGRARIO INDEPENDIENTE	61,929	24601	37328
9	AGRARIO DEPENDIENTE	362,901	212017	150884
03	SEGUROS POTESTATIVOS	36,111		
10	ESSALUD PERSONAL - FAMILIAR	8,919	7998	921
11	NUEVO SEGURO POTESTATIVO	27,068	24522	2546
12	ESSALUD INDEPENDIENTE	124	124	
	TOTAL	7,633,223	4,332,153	3,301,070
		100%	56.8%	43.2%

Fuente:

ESSALUD. Población asegurada consistente, declarados por SUNAT que han presentado alguna actualización en el último año.

Considerando que del total de población Adulta Mayor, el 65% depende del MINSA y que de este porcentaje el 25 % no tiene posibilidades de acceder a ningún tipo de atención (OMS, 2004: 88), podemos comprobar el limitado alcance que viene teniendo este Ministerio para la atención de las necesidades en salud de la gran mayoría de adultos mayores, lo cual evidencia una gran desprotección hacia aquellos que no cuentan con los beneficios de un sistema previsional por cuenta del Estado; y dada la ausencia de éste nos coloca frente a un nuevo problema de carácter social: *La dependencia*. En ese sentido, serán las familias de estos Adultos Mayores y hasta ellos mismos a través del gasto del bolsillo, los que asuman los costos que demande el cuidado de su salud, lo cual contribuye a un progresivo y cada vez mayor empobrecimiento de este sector poblacional y por ende también de su entorno.

Un gran reto adelante, sin lugar a dudas es acercar las políticas a la realidad, siendo importante avanzar en el análisis de los factores objetivos y subjetivos que enmarcan el problema. Los primeros, vistos a la luz de las investigaciones realizadas, y los otros, desde los propios actores. Todo ello frente a la necesidad de entender el problema de la Vejez y el Envejecimiento desde un enfoque multidimensional en el contexto de los Derechos Humanos basado en el concepto vida humana como definición integradora de la naturaleza que deben contener las políticas públicas. Desde esta perspectiva, igualmente se hace imprescindible tener en cuenta la relación intrínseca que existe entre Envejecimiento y Pobreza, siendo ambos exponentes de los avances, retrocesos o limitaciones que pueda alcanzarse respecto de las políticas públicas en salud y el ejercicio de ciudadanía en salud por parte de las Personas Adultas Mayores.

2. Retroceso en la calidad de la salud: Excesiva demanda de los servicios de salud y reducida oferta del Estado.

Para interpretar el sentido que adquieren las necesidades de la población adulta mayor en cuanto a salud, necesariamente debemos tomar en cuenta el impacto de las reformas estructurales de los 90. Dichas reformas, al modificar drásticamente el aparato productivo del país e introducir una orientación rentista producto de la ideología neoliberal que se arraiga con fuerza en el imaginario de la población y principalmente en el de la clase política del país, endosa a la voluntad del mercado de forma agresiva la atención de las necesidades en salud de la población. Así, de los intentos por construir un sistema sanitario en base a los principios de un estado de bienestar que garantice el derecho a la salud, pasamos a un proceso de “individualización de la salud” en donde cada persona se volvía responsable de la misma y era inducida a adoptar una actitud de “paciente crónico” (Vas al hospital porque eres un paciente que necesita atención y no porque es tu derecho), dejando al Estado el papel de “facilitador de procesos” entre la demanda en salud de su población y las exigencias de los grandes laboratorios y de las empresas prestadoras de servicios en ese rubro.

De este modo, la calidad de la atención al ser directamente proporcional al poder adquisitivo de la persona, sin duda afectó principalmente a los sectores más empobrecidos del país y dentro de los cuales se encuentran la gran mayoría de Personas Adultas Mayores. Un comentario emitido por la Sra. Rosa Jaime, lideresa adulta mayor ilustra muy bien este punto

“...acordémonos del shock que hubo en agosto de 1990 y a quienes afectó más: Fue a la clase pobre, a la clase media. Entonces de ahí para adelante ha sido un vía

crucis, porque enfermarse era ya algo catastrófico en la familia...Recuerdo que en los años 90 al Adulto Mayor se le dejaba a su suerte...claro no es así en el caso de los escolares que hubo un seguro escolar pero... en cuanto a las personas mayores no porque... se pensaba que ellos ya habían vivido bastante y que no era prioritario el hacerse cargo o darle mucha importancia al tema de salud en ellos” (Entrevista 1, Sra. Jaime – Asociación Nacional de Adultos Mayores del Perú)

En ese escenario, el crecimiento sostenido de la población Adulta Mayor ha generado una alta concentración de la demanda por servicios de parte de este sector. Sin embargo, esto choca con la reducida oferta que tiene el Estado sobre dichos servicios expresada en deficiencias que muestra la atención en salud de las Personas Adultas Mayores e incide notoriamente en el descontento que manifiestan frente a ellas y que evidencia una forma de reacción frente a las situaciones de maltrato y exclusión que sufren. Esta afirmación se basa en opiniones de adultos mayores consultados “...cada médico se preocupa de atender solo el número de pacientes asignados (20 aprox.). Los médicos no quieren escuchar historias de vida” (Grupo Focal, 2009). No se da entonces una efectiva realización de los propósitos de las políticas en salud, lo cual se agrava con el hecho de que este incremento de la demanda no se haya visto aún traducida en un aumento significativo del presupuesto que el Estado destina al sector salud y desde allí a la atención de la salud de las Personas Adultas Mayores. Otro comentario refiere lo siguiente al respecto “... de verdad, somos abandonados por el Estado..., los hospitales del Estado nos cobran, los particulares también...” (Grupo Focal, 2009: 11).

Otra de las características en la demanda de atención que se ha evidenciado en las consultas y entrevistas realizadas tiene que ver con las condiciones

particulares que la enfermedad impone a una persona Adulta Mayor y que mayormente corresponde a su fase más avanzada o terminal. Este cuadro dramático descrito a diario lo viven los estratos más vulnerables de la población, es decir, aquellas que están en las condiciones de pobreza extrema y más aun si carecen de un sistema preventivo de salud. Esta condición nos indica que las personas en general en el curso histórico de su vida, no han apreciado el alto valor que representa la salud como base esencial del capital humano, todo lo cual es coincidente con la característica eminentemente sanitaria de las políticas en salud que hemos explicado en un párrafo anterior y que forma parte de la formación social adquirida.

3. Bajo reconocimiento de la salud como derecho

Uno de los elementos constitutivos de parte de todos aquellos que habitan en un país en donde es respetado el estado de derecho, es el reconocimiento previo de la condición de ciudadano para llevar a la práctica un efectivo ejercicio de ciudadanía. Esto permite que una persona sea capaz no sólo de asumir que tiene un derecho, sino también ejercerlo y demandar que aquellos que tienen la obligación de garantizárselo también lo reconozcan y lo hagan efectivo como tal. Por tanto, es un atributo que ambas partes deben internalizar como tal, de manera que tanto el Estado como la sociedad y sobre todo el mismo actor social lo hagan viable y posible.

Sin embargo, llegar a este momento en donde se adquiere conciencia de la condición de ciudadano y sujeto de derecho no es algo inmediato. Forma parte de todo un proceso progresivo que debe seguir el actor social para poder

internalizar esta posición en su imaginario social. Así en el caso de las Personas Adultas Mayores, como actor social en el escenario del envejecimiento poblacional, vemos cómo pese a que ha tenido avances en el proceso de asunción de una conciencia social en su rol de ciudadano, todavía se encuentra dentro de una etapa incipiente en el ejercicio de su ciudadanía y esto se evidencia más aún en el hecho de que gran parte de la población mayor no conoce todavía a cabalidad sus derechos, lo cual facilita el manejo arbitrario del poder de parte de instituciones públicas, sobre todo de los Municipios, tal como lo señalan participantes del grupo focal realizado *“Lo primero es conocer cuáles son nuestros derechos. Por ejemplo, existe ahora el presupuesto participativo. Pero no estamos informados, por tanto quedamos al margen”* (Grupo Focal, 2009).

Respecto a ello, el representante de la Universidad Cayetano Heredia agrega:

“Los Adultos Mayores casi no están demandando políticas de salud... su demanda en Salud no está siendo construida o sea, el actor Adulto Mayor, en términos de actor importante y sensibilizado para el ámbito de la salud como demandante de recursos y a partir de sus necesidades, tampoco está muy presente. Una cosa es ver la pirámide y otra cosa es verlos movilizándose, haciendo acciones, presentando iniciativas legislativas, presentando proyectos, demandando al Estado” (Entrevista 3, Dr. Ríos M – UPCH)

De ahí que su capacidad de reacción frente a la inoperancia del Estado en cuanto al papel que le corresponde como garante de su salud sea aún limitada, pues su capacidad de intervención en los espacios de participación ciudadana y toma de decisiones es todavía débil.

Por otro lado, es importante mencionar que uno de los elementos fundamentales que ha contribuido en los avances que el actor social ha tenido en cuanto a este proceso de asunción de ciudadanía ha sido el fortalecimiento organizativo, como una estrategia educativa y formativa orientada al desarrollo de su conciencia social y que le ha permitido ir conociendo y reconociendo cada vez más sus derechos. De esta manera, la organización social cumple un papel fundamental, no sólo como espacio de convergencia de intereses de las Personas Adultas Mayores sino como espacio de gestación de líderes, quienes finalmente serán los encargados de canalizar las principales propuestas de este sector e irán a la vanguardia en la defensa de sus derechos. Sobre ello, doña Rosa Jaime comenta

“Llevo ya varios años en todo esto pero me siento satisfecha porque en el camino veo que muchas cosas se han logrado, sobre todo fortalecer las organizaciones; sobre todo ver cómo las Personas Mayores participan de esos Encuentros, de esas reuniones y cómo cada persona Adulta Mayor por muy pobre, por muy sencilla que sea, siempre tienen algo que aportar... en la práctica es como se va aprendiendo realmente y se va enfocando cada tema que les conviene a las Personas Mayores” (Entrevista 1, Sra. Jaime – Asociación Nacional de Adultos Mayores del Perú)

Por tal motivo, en el caso del ejercicio de ciudadanía en salud, constituye una alternativa acertada para mejorar la capacidad de “reclamo” frente a las situaciones de maltrato y exclusión que se presenten, aunque todavía no ha sido lo bastante desarrollada e internalizada por el actor social, traducida en una fuerte capacidad de demanda. Sobre ello, la Dra. Sarah Vega comenta: *“Yo creo que hasta ahora no han tenido un rol así decisivo porque falta por hacer. Se asustan Yo creo que se asustan. Les dicen “te voy a quitar esto, te voy a hacer esto” y ya se aterrorizan. No todos por supuesto pero buena parte” (Entrevista 2, Dra. Vega S. - MIMDES)*

Entonces, la actitud contestataria y de respuesta de parte de la población mayor discurre sobre dos canales. Uno de ellos, en donde se ubican la gran mayoría de esta población, es el de la acción espontánea y dispersa a través de la cual frente a una situación en la que sus derechos no sean respetados y se vean afectados por una actitud discriminante o de maltrato, sobre todo si nos ubicamos en una postura de evaluadores de la calidad de salud, su reacción ó es nula o se da, pero desde una perspectiva personal e individualizada. Por otro lado, para aquellos que han ya transitado por las algunas de las etapas en el desarrollo de su conciencia social, esta respuesta es ya más desde una posición colectiva, en donde el soporte contestatario se encuentra en la organización. En nuestro caso, vemos cómo la capacidad de reacción frente al atropello de los derechos es todavía débil, tal como se señala en el informe del grupo focal *“Frente a todos estos problemas, existe una LIMITADA INTERVENCIÓN DE LAS ORGANIZACIONES. Por tanto, las personas no están informadas sobre sus derechos, lo que hace posible sólo el USO PARCIAL DE LA DENUNCIA como medio para obtener un beneficio inmediato que el Estado no garantiza”*.

Sobre ello, es importante señalar el papel que han venido cumpliendo gran parte de las ONGs vinculadas a la temática de las Personas Mayores quienes si bien en el discurso sostienen dirigir su accionar a la búsqueda de mejoras de las condiciones de vida de la población Adulta Mayor, promoviendo el empoderamiento de sus organizaciones, lo cierto es que en la práctica sucede todo lo contrario. Esto ha generado que se acentúen situaciones de clientelismo y manipulación dirigidas a este sector de parte ya no sólo de organismos públicos sino también de instituciones de la Sociedad Civil, particularmente de ONGs que

trabajan el tema. De allí los conflictos internos suscitados al interior de la organización representativa de las PAMs del Perú, la Red ANAMPER a finales del 2008 y que son una muestra de la lucha de poderes que existe alrededor del escenario del Envejecimiento Poblacional. Al respecto, la carta preparada por el Consejo Directivo Nacional de la Red ANAMPER en setiembre del 2008 y dirigida a HELPAGE, institución inglesa especializada en el trabajo con población adulta mayor a través de proyectos respaldados por diversos donantes en el ámbito de la cooperación internacional, la cual expresaba los conflictos surgidos entre organización social y ONGs contrapartes de HELPAGE debido a acciones desarrolladas por estas para mantener el monopolio sobre el escenario del Envejecimiento Poblacional.

Un comentario emitido por la Sra. Rosa Jaime, lideresa Adulta Mayor de Independencia nos ilustra lo antes dicho:

“Hay ONGs que realmente nos dan el lugar que nos corresponde como personas mayores, porque cuando hablamos de derechos estamos hablando también de autonomía, estamos hablando de independencia. Lamentablemente, no todas las ONGs trabajan de la misma manera. Antiguamente se trabajaba de una forma vertical, donde las decisiones se tomaban arriba y los adultos mayores o las organizaciones obedecíamos. Pero esos tiempos ya pasaron. Ahora el adulto mayor es consciente del rol que está jugando en estos tiempos” (Entrevista 1, Sra. Jaime – Asociación Nacional de Adultos Mayores del Perú).

De otro lado, las alianzas establecidas con FOROSALUD y algunas ONGs para el desarrollo de procesos de vigilancia en salud, ha sido sin duda un claro ejemplo de lo que las PAMs organizadas pueden conseguir, lo cual ha contribuido también a una mayor difusión de sus derechos en salud y constituye algo

fundamental, sobre todo porque la gran mayoría de ellas no conocen a cabalidad el significado y menos aún los mecanismos y atribuciones que las leyes les otorgan. Dicho trabajo, reconocido por el actor social como un indicador positivo para su desarrollo, es resultado de un esfuerzo colectivo e interinstitucional en el que intervienen de manera directa las Personas Adultas Mayores. Se muestran de esta manera dos opciones de trabajo con este sector social, pues mientras que en una se trabaja desde una visión altamente utilitaria, de la otra se generan mecanismo para el desarrollo de cada vez mejores niveles de organización y participación. Sobre ello, la misma Sra. Jaime afirma que *"...así como hay buenas ONGs que trabajan a favor de las personas mayores al 100%, también hay ONGs que quieren seguir liderando este tema. Queremos nosotros ser, con nuestras propias voces, decir que queremos y que debemos de hacer. Y que el gobierno nos escuche"* (Entrevista 1, Sra. Jaime – Asociación Nacional de Adultos Mayores del Perú).

Por otro lado agrega un comentario más referido a su relación con algunas instancias de la Sociedad Civil:

En este momento nosotros estamos trabajando con FOROSALUD, con la ONG AYUVI, que de forma generosamente nos está dando el apoyo desinteresado y con la que estamos aprendiendo en estos momentos a trabajar independientemente buscando, bajo nuestros propios recursos, el lograr hacer las cosas que antes hacíamos apoyados por una entidad financiera, ya que ahora lo hacemos nosotros personalmente. Somos independientes. Esto ha sido un gran reto que nos hemos tomado nosotros y sabemos que vamos a salir adelante" (Entrevista 1, Sra. Jaime – Asociación Nacional de Adultos Mayores del Perú)

4. Rol limitado de los Centros Académicos Universitarios en el desarrollo de políticas públicas en salud.

Uno de los aspectos más importantes para el desarrollo de políticas públicas inclusivas y eficientes que logren un verdadero impacto en la mejora de las condiciones de vida de los sectores más vulnerables del país, como es el caso de las PAMs, pero que ha sido bastante descuidado por aquellos que deciden en la política, es que dichas políticas puedan ser formuladas teniendo como base un sustento empírico y científico, que recoja insumos de análisis de las realidades observadas respecto a un determinado hecho social, como sucede en este caso con respecto a las políticas referidas a la salud de las personas. En ese sentido, constatamos que **existe una débil vinculación entre la acción de los centros académicos y la acción del Estado** para la promoción de las mismas, o cual si bien es cierto está ligado a la responsabilidad que tiene el Estado en políticas públicas tanto en salud como en educación, corresponde también a la responsabilidad que tiene el ámbito académico universitario para promover que sus investigaciones constituyan el sustento de las políticas públicas, de manera que puedan llevar a la práctica reales cambios en la situación actual que se vive en salud. Opiniones dadas por la representante del MIMDES en la entrevista realizada, refuerzan estos argumentos:

“Yo no tengo conocimiento que se haya tomado en cuenta específicamente algún estudio, pero si quiero tocar el tema de los resultados de investigaciones. Yo creo que no es cuestión de echarles la culpa a los políticos. De ninguna manera. Es una responsabilidad compartida. El político es eso, un político. Si hay una presión de la masa o si viene una directiva de afuera y dice “no, por acá tengo que irme porque todo el movimiento internacional está en ese sentido y eso” Y hace sus políticas. Entonces hay una brecha entre los investigadores y los políticos, brutal. Pero ¿Quién se perjudica? La sociedad como todo. Porque para que puedan usarlas para las políticas, tienen que recibir un insumo que haya sido traducido al lenguaje del político” (Entrevista 2, Dra. Vega S. MIMDES)

Tenemos entonces que las políticas de Estado se caracterizan por ser eminentemente técnicas, siendo desarrolladas a su vez por profesionales formados bajo una orientación más tecnócrata que crítica y propositiva, orientada a la generación de auténticas transformaciones frente a las deficiencias que estas políticas de estado muestran. De esta manera, la tendencia hacia “individualizar” toda práctica social, especialmente en lo que se refiere a producción de conocimiento, forma parte de una política de Estado implícita, orientada a mantener el statu quo, lo cual permite que permanezcan inalterables las desigualdades e inequidades que existen en ámbitos tan sensibles como es el ámbito de la salud y la educación. Sobre ello, nuevamente la Dra. Vega comenta

“El intelectual tiene un proceso como de “masturbación mental” que dice “yo hice esto, apliqué esto, y no sé que me salió y que lindo lo que me salió” si pero, ¿de qué sirve que tu descubras algo, mas en lo social, si no va a tener una aplicabilidad para mejorar las condiciones de vida de aquel grupo que has estudiado ¿de qué te sirve? Para ti, para tu egocentrismo personal” (Entrevista 2, Dra. Vega S. MIMDES)

De esta manera, encontramos muy arraigado en el imaginario de los actores tanto públicos como privados una orientación rentista y utilitaria, orientada a satisfacer las demandas del mercado, lo cual se evidencia en la currícula educativa de las diversas universidades y Centros Académicos y en el hecho de que la producción de profesionales en salud tenga como principal fin la ganancia. Sobre ello, Mario Ríos señala:

“Estamos subsidiando la formación de geriatras pero para atender a la población que más recursos tienen y no para atender a los que menos recursos tienen. ¿A dónde van? Van a Essalud, van a centros privados. Y no van al MINSA. O sea es

muy baja la densidad de geriatras trabajando en el sistema prestacional público estatal” (Entrevista 3, Dr. Ríos M - UPCH)

La salud representa entonces no un bien social, sino una mercancía. Por esa razón su goce pleno está relacionado al nivel socioeconómico que tenga la persona, lo cual restringe el carácter universal que como derecho humano garantizado por la Constitución tiene. Al respecto, Bourdieu señala que el sistema educativo constituye el principal reproductor de las desigualdades sociales. De esta manera, el Habitus, como estructura de percepción y representación del mundo social bajo el que se desarrolla la propuesta de la académica pública y privada y la acción del estado y la sociedad, se encuentra fuertemente influenciado por la ideología neoliberal y sus postulados, quienes presentan una nueva representación del mundo social en donde se legitiman las desigualdades bajo la influencia del PODER SIMBÓLICO impuesto de manera tácita por los grupos de poder.

Para concluir es necesario señalar que, tanto la Investigación como actividad científica y las políticas públicas como manifestación de la acción del Estado no están vinculadas entre sí a una propuesta común de desarrollo y pensadas desde una misma visión de país como se desprende de la consulta realizada a expertos del sector público y de la sociedad civil respectivamente. En ese sentido y como resultado de la orientación tecnócrata de la política, se propende a su focalización con la finalidad de que sirva como cortina de humo para ocultar las causas estructurales de realidades tan evidentes como la situación de pobreza y pobreza extrema en la que viven los sectores más vulnerables del país. Esto ha hecho latente la **focalización de las políticas** que consiste en que algunos temas se

prioricen antes que otros y direccionados a favor de sectores sociales claramente identificados y que se ubican en los rangos más bajos de pobreza extrema y de carencia de capacidades para la atención de sus necesidades básicas esenciales. La politización de esta práctica reproduce el defecto del clientelismo político que resulta nefasto para la toma de conciencia de una persona sobre sus derechos.

Esto explicaría que no sea considerada prioritaria la atención a la problemática de las Personas Adultas Mayores frente a las necesidades de otros sectores poblacionales, como mujeres y niños, no solo desde la acción política del estado, sino también desde el lado académico. Al respecto, el Dr. Mario Ríos, profesor de la Facultad de Salud Pública de la Universidad Cayetano Heredia señala que

“Lo que te estoy diciendo en la práctica es que ni las facultades, ni los decisores políticos ven en el campo...en la problemática del Envejecimiento Poblacional como un tema de Salud Pública a ser abordado, a ser investigado; a construir diferentes políticas y estrategias para eso y que, muchas veces estos dos estamentos, el decisor de política tanto como el académico están muchas veces a espaldas de la realidad, mientras que la realidad discurre con un conjunto de necesidades sobre las cuales no se investiga, no se procesa, no se desarrolla mayor conocimiento” (Entrevista 3, Dr. Ríos M - UPCH)

PROPUESTAS PARA LA GENERACIÓN DE REFORMAS HACIA UN FUTURO PARA TODAS LAS EDADES.

El diseño e implementación de políticas públicas inclusivas en salud requiere del Estado un rol más activo en tanto promotor del Desarrollo Humano y generador de estrategias basadas en el enfoque de derechos, en correspondencia a las principales necesidades de la población Adulta Mayor del país y recuperando el sentido de la salud como un bien público y no como un derecho de pocos, como sucede hoy debido al uso utilitario de las políticas públicas. Así, la promulgación de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud N° 29344 por el Congreso de la República el día 08 de abril del 2009 es un paso adelante en la necesidad de lograr en el país una auténtica **Reforma** en salud, pues sintetiza una aspiración democrática el que cada peruano esté en posibilidad de hacer efectivo el ejercicio de este derecho en igualdad de condiciones, tal como se señala en su Art. 1° *“La presente Ley tiene el objeto de establecer el marco normativo del aseguramiento universal en salud, a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud, así como normar el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento”*(Congreso de la República, 2009: 01); siendo mérito del Forosalud, el Colegio Médico del Perú y diversas organizaciones de la sociedad civil el haber impulsado y liderado desde el 2006 el debate de este tema en el plano de la opinión pública nacional.

Sin embargo, luego del análisis del contenido de la Ley y las decisiones del Poder Ejecutivo respecto de su implementación existen aspectos que rebajan la naturaleza integral con perspectiva estratégica de la propuesta original definida como expresión de la Política de Estado en Salud definida en la Constitución Política. Entre las observaciones hechas a la referida Ley podemos citar las siguientes:

- Se obvia la definición de un sistema único de aseguramiento (*Minsa + EsSalud*) siendo el Minsa órgano rector (Art. 6°), la presente Ley opta por la vigencia de un modelo excluyente en el que cada entidad prestadora de servicios de salud tiene el rango de administradora de fondos de aseguramiento (Art. 7°).
- En cuanto a la presente Ley, el financiamiento prescinde de un papel más activo del Estado como garante del cumplimiento efectivo de la Política de Estado en salud, lo cual sería factible aplicando una política redistributiva que haga tangible los estándares de crecimiento económico, asignando un porcentaje del PBI como inversión para el desarrollo.
- En cuanto a las condiciones, intervenciones y prestaciones (Art. 11°) aún no están definidas con mucha claridad, toda vez que la Ley señala 60 días la elaboración del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) siendo un misterio el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS) que aplica el SIS.
- El Art. 4° en su inciso 7mo establece el criterio Participativo como “...ejercicio de la ciudadanía en la formulación y seguimiento de políticas de aseguramiento universal en salud”, sin embargo en la estructura del órgano de gestión (Art. 10°) no se reserva ningún lugar a la sociedad civil. Igual ¿descuido? se observa respecto de la elaboración del PEAS ni su reformulación que será cada dos años, la instancia supervisora (Art. 9°) ofrece igual panorama.

- Respecto de su implementación se ha fijado una macro zona integrada por las regiones de Huancavelica, Ayacucho y Apurímac en el criterio de focalizar regiones con alta concentración de pobreza extrema a través de planes piloto. El Colegio Médico del Perú en un Comunicado Público del 09 de enero del 2009 advertía las limitaciones que presentaba el Anteproyecto de Ley que aprobó en ese momento la Comisión de Salud del Congreso de la República que definía únicamente tres regiones. El texto promulgado de la Ley ratificó el concepto de focalización que difiere de la propuesta original que presentaron organizaciones de la sociedad civil y que fijaba el criterio de morbilidad del territorio nacional para establecer las prioridades de atención.

Esperamos por tanto, que la referida Ley logre en un mediano plazo alcanzar los objetivos para los que fue creada, corrigiendo aquello que nos aleja de una auténtica Política de Estado en Salud ampliamente inclusiva y participativa, acorde con el enfoque de Desarrollo Humano que inspiró a quienes propiciaron esta movilización y consulta nacional a favor de esta Ley.

Al respecto, consideramos importante no olvidar que para que esta y todas las demás leyes logren tener el impacto que se requiere para la realización de verdaderos cambios en las condiciones de vida de la población, es necesario que las políticas públicas defiendan, expresen y garanticen en su formulación y aplicación los derechos del conjunto de la población y se logre alcanzar los objetivos esbozados en las políticas de Estado que se establecieron durante el período de transición democrática en el 2002 y que se encuentran plasmadas en las políticas del **Acuerdo Nacional**, que contó en su momento con el consenso y

anuencia de todos los sectores democráticos del país. En ese sentido, este Acuerdo debe servirnos a los peruanos como punto de partida para la gestación de una auténtica reforma del Estado en todos campos, principalmente en aquellos considerados pilares del desarrollo, como son Educación y Salud, este último sobre todo porque constituye un recurso no renovable y necesario para el desarrollo de país.

Por otro lado, hay que considerar que realizar una reforma del Estado en el sentido de su modernización, descentralización y reorganización participativa, más aún si está referida a la Política de Estado en Salud, significa cambiar el paradigma de Desarrollo que hemos adoptado y seguimos manteniendo. Implicará además cambiar los esquemas de percepción y representación del mundo social impuestos por el neoliberalismo, los cuales han sido internalizados en nuestro imaginario gracias a elementos socializadores básicos, como la familia, los centros de formación académico –profesional (Colegio, Universidad) y los medios de comunicación (tv; radio; prensa escrita).

Es ahí entonces, en dichos espacios, donde también debemos volver nuestra mirada y cuestionar la forma como dichos elementos han influido o no en el desarrollo de nuestra conciencia social y qué debemos hacer para superar los efectos negativos que estos elementos hayan tenido en nuestro imaginario y en nuestra forma de ver el mundo. De esta manera, corresponde a los Centros Académicos y al sistema educativo en general, velar para que la educación y formación profesional no sigan siendo utilizadas para mantener el estado de legitimación de las desigualdades sociales existentes, más bien contribuya a canalizar las expectativas ciudadanas y ayude a su realización programática

incorporando los aspectos positivos que otorga a la humanidad los adelantos científicos y tecnológicos. Al respecto, consideramos importante que la formación en Ciencias Sociales se oriente a combinar desde un inicio teoría y práctica que le de perspectiva a la formación de una cultura política, esta última vinculada directamente con todos sectores políticos y sociales del país, promoviendo la realización de estudios e investigaciones viables que faciliten la adopción de decisiones informadas en el desarrollo de las políticas y nos ayude a identificar los vacíos que puedan existir alrededor de las mismas para hacer efectivo el derecho a la salud del conjunto de la población, particularmente de la adulta mayor.

1. Desarrollo Humano y Universalización de la Salud en la Agenda Política:

Llevar adelante una Reforma en el campo de la salud implica algo más que acciones aisladas. Significa plantearnos en adelante reales cambios en el paradigma neoliberal de desarrollo y con ello una nueva visión de futuro para todas las edades, siendo necesario que todos los estamentos de la sociedad se involucren alrededor de ella. Al ser la persona humana el centro de atención del Estado como plantea la Constitución Política y reconocer a la Salud como un derecho inherente a toda persona, entonces ésta adquiere el carácter de bien público, lo cual guarda una relación directa con el status de ciudadano que todos y cada uno de nosotros poseemos.

Desde esta perspectiva, consideramos que sería pertinente fomentar las condiciones necesarias para la realización de una Consulta Nacional encaminada a la revisión de la actual Constitución Política, que condensa la esencia de los

cambios en la orientación de las políticas de Estado durante los 90' bajo influencia de la ideología neoliberal y que dio como resultado la mercantilización de la salud. Y siendo la Ley General de Salud el marco normativo de esta Política de Estado, se puede entender que su "mejor remedio" estará en los cambios o modificación que en adelante pueda lograrse de dichas políticas, entre otros aspectos el tema de los medicamentos, debiendo el Estado asumir un papel regulador de las exigencias del mercado, a la vez que participando en el amplio campo de la industria farmacéutica, alentando la investigación científica y la producción de medicamentos esenciales de calidad. De esta manera, lograremos impedir que sigan siendo los grandes capitales los que se beneficien a costa de la población, sobre todo de aquella que se encuentra en situación de vulnerabilidad; antes bien deberá prevalecer una perspectiva de desarrollo nacional, armónico y sostenible con la finalidad de promover un Estado inclusivo para una sociedad plenamente incluida.

Por esta razón reafirmamos que *"La Seguridad Social, como concepto que reconoce a la personas humana⁴⁹ e integra las dimensiones de la protección y universalización de derechos como responsabilidad directa del Estado, debe ser promovida desde el Estado, como iniciativa orientada a garantizar el desarrollo humano sostenible en el país..."*(Constitución Política del Perú, 1993: Art. 1º), lo cual nos lleva a evaluar también la situación actual del empleo como requisito básico para la promoción de un sistema de Seguridad Social inclusivo basado en el carácter universal del trabajo como fuente de desarrollo y realización plena de la persona humana.

⁴⁹ Art. 1ro. de la Constitución Política del Perú.

En ese sentido, reconociendo que la población Adulta Mayor es resultado del proceso de crecimiento demográfico vivido por el Perú los últimos 40 años, en igual sentido tomamos en cuenta el impacto social, económico y político de los programas de ajuste experimentados por el país en las décadas de los 80' y 90' respectivamente y cuyas secuelas son visibles en este sector de población y para quienes, es perentorio desarrollar mecanismos de compensación que les restituya más vida a sus años; entre ellos, la creación de una **Pensión de Vejez no Contributiva** destinada a Personas Adultas Mayores que no cuentan con una Pensión de jubilación y que bordea el 70% del total de ellos.

Si bien nuestro énfasis gira alrededor de la salud, es menester garantizar la salud integral de la población bajo condiciones óptimas de vida digna en todos los ciclos de su vida basado en el trabajo asalariado y la promoción de una cultura previsional para afrontar en mejores condiciones el proceso de Envejecimiento Poblacional que vivirá el país las siguientes décadas. No querer reconocerlo simplemente nos empujará al círculo perverso de la pobreza, donde la falta de empleo y su consecuente impacto en los niveles de pobreza sobre todo en los sectores más vulnerables del país siempre constituirán el principal obstáculo para lograr verdaderos cambios en el país.

2. Estado y Sociedad Civil: concertando compromisos para un Nuevo Pacto Social en Salud inclusivo y participativo:

Ahora bien, un factor importante para ayudar a hacer viable los cambios en las políticas de salud y a la par un real ejercicio de ciudadanía en salud, sin duda es

la *participación organizada de la población*. Sin embargo, una efectiva participación de los actores sociales requiere modificar diametralmente el carácter vertical y exclusivo que generalmente está presente en la acción de las políticas sociales, lo que constituye un elemento crucial que luego ayudará a superar en primer lugar, el bajo reconocimiento de la salud como derecho que tiene el actor social en su imaginario colectivo como reflejo de las relaciones de subordinación, exclusión, maltrato y olvido muy presente en sus historias de vida y que hoy evidencian mayoritariamente las Personas Adultas Mayores. Reconociendo que en la situación descrita influyen los determinantes sociales que los predispone a una baja calidad de su intervención, hace necesario propiciar cambios sustanciales en la praxis asistencial que brindan los operadores de la salud, sean de ESSALUD o del MINSA, para que la salud no sea vista sólo desde un ángulo médico – recuperativo encasillados en el concepto de “paciente enfermo” y el “cumplimiento” basado en estadísticas de atenciones efectivas. Los cambios en la percepción del cuidado de la salud solo será factible en tanto logremos mejorar los mecanismos de participación en los espacios deliberativos para la construcción, concertación, aprobación y planificación de propuestas.

En ese sentido, el **proceso de empoderamiento** de los actores sociales en el campo de la salud pública, principalmente de las personas adultas mayores, debe ser promovido desde las esferas tanto públicas y no públicas como reconocimiento explícito del derecho que le asiste a toda persona como refiere el Punto 9° de la Declaración de Brasilia⁵⁰.

⁵⁰ La Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe se llevó a cabo en Brasilia del 4 al 6 de diciembre de 2007 y contó con la participación tanto de gobiernos como de representantes de la Sociedad Civil, así como de organizaciones de Personas Adultas Mayores. Cabe resaltar que de todas las delegaciones asistentes, la peruana fue la más plural y cohesionada, según comentarios emitidos sobre el evento.

- 9°. *Proponemos* la realización de estudios e investigaciones que faciliten la adopción de decisiones informadas en el tema y la elaboración de perfiles demográficos y socioeconómicos de la población de personas de edad que nos permitan identificar las brechas de implementación de los derechos humanos y los medios para su cabal disfrute y la plena y eficaz participación de las personas de edad en el desarrollo. (II Conferencia Intergubernamental sobre El Envejecimiento, 2007).

De ese modo, el hacerlo efectivo constituirá una condición esencial para que hagan suyo el conocimiento y defensa de sus derechos en salud, pero principalmente en cuanto permita a una persona Adulta Mayor alcanzar su condición de ciudadano de la salud, por el grado de participación, capacidad de opinión e intervención en acciones de vigilancia, cogestión de programas sociales y movilización independiente en resguardo de sus derechos. Considerando que el Envejecimiento, en su fase más avanzada requerirá de nuevas y variadas formas de asistencia comunitaria, las redes sociales arraigadas a sus espacios geográficos y en constante interacción con sus respectivos municipios y gobiernos regionales, podrían ser el referente más cercano en el proceso de relacionamiento de la población con el Estado, lo cual es válido a tomar en cuenta en todas las etapas o fases que constituyen la vida cotidiana de las personas.

Por tal razón, para que sea posible acercarnos a ese escenario ideal, hace necesario llevar adelante una auténtica transformación del Estado y a través de él poder experimentar y socializar como práctica social una efectiva **Democratización de la Gestión Pública** desde la cual promover la participación activa de las Personas Mayores, ya no más parcelada ni politizada, de manera que las acciones y decisiones que se realicen y se tomen sean concertadas entre

los diferentes actores sociales involucrados con la temática del Envejecimiento. Desde esa perspectiva, será un requisito indispensable contar con autoridades sensibilizadas y concientes del rol que cumplen las personas mayores, reconociendo y valorando sus experiencias como promotores del desarrollo local y regional, e incorporándolos paulatinamente en los procesos de elaboración, implementación y seguimiento de las políticas sociales en salud dirigidas a ellos.

Partiendo de estos elementos primordiales y favorables a la gobernabilidad del país y el mejoramiento de la representatividad política, es necesario reconocer la necesidad de fortalecer el papel de los Gobiernos Regionales como articuladores de las demandas ciudadanas que luego se transformen en propuestas políticas regionales. La forma en que avance el proceso de toma de conciencia y concertación en las decisiones hará viable los esfuerzos por convertir los problemas en oportunidades de desarrollo para transformar el país valorando y aprovechando las potencialidades presentes en cada región. Entre ellos, reconocer que el proceso de Envejecimiento Poblacional que compromete a generaciones presentes y futuras, requiere atención proyectando la solución de los problemas que plantea en una visión de largo plazo.

Concretar esta posibilidad de construcción de sinergias regional y local a favor de la población Adulta Mayor nos plantea la necesidad de conformar instancias de trabajo regional intra e interdisciplinario, que comprometa la acción del Estado y la Sociedad Civil para la promoción y concertación de políticas regionales sobre el envejecimiento poblacional, basados en la participación activa de actores colectivos que en mayor o menor medida van alcanzando en su participación una cuota o dosis de poder, tanto por el grado de organización

alcanzado como por la capacidad de movilización de su base social. El Consejo Regional para Personas Adultas Mayores o COREPAM adquiere así importancia sustancial en la medida que sea conducente a cumplir el propósito descrito en el párrafo anterior y cuente para ello con la voluntad política, particularmente desde la presidencia regional, de los consejeros regionales, de las instancias públicas e instituciones de la sociedad civil que reconozcan en el envejecimiento poblacional un eje transversal en las políticas institucionales que las gobiernan.

La promulgación de la Ley 28803 y su Reglamento en el período legislativo del 2006 establece legitimidad jurídica a cada uno de los postulados del Plan Nacional para Personas Adultas Mayores 2006 – 2010, a la vez que establece obligaciones, responsabilidades y beneficios de cumplimiento obligatorio por los actores locales, entiéndase municipios y actor social local. La conformación de Centros Integrales de Personas Mayores – CIAM en los distritos que establece la referida ley, se sustenta en una orientación inclusiva y participativa que desarrolla con amplitud el Reglamento de la Ley y las “Pautas de Implementación”⁵¹ que fueron preparadas a través de una consulta permanente a las organizaciones de personas mayores e instituciones de la sociedad civil que dio impulso la Comisión Multisectorial presidida en ese momento por la Dra. Sarah Vega Sánchez, Directora de Familia y Comunidad del MIMDES.

Un componente adicional y aún ausente a nivel del Estado es la definición de una Política de Promoción desde el MIMDES que aliente o fomente la organización autónoma e independiente entre la población Adulta Mayor, tal

⁵¹ Las Pautas de Implementación de los CIAM se desarrollan como resultado de lo establecido en el Art. 08 de la Ley de las Personas Adultas Mayores - Ley 28803, promulgada en julio del 2006.

como lo establecen los principios definidos en el Primer Plan de Acción internacional (Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, Primera: 1982) desarrollando líneas de promoción inclusivas basadas en el protagonismo de los actores sociales, promoviendo y ampliando alianzas (estrategias) interinstitucionales tanto con instituciones públicas como de la Sociedad Civil (Foro Salud, ONGs que trabajan el tema, etc.), manteniendo en todo momento una actitud de respeto a la autonomía de las organizaciones sociales.

Un lugar importante en el desarrollo de los lineamientos de propuestas para la investigación que hemos preparado lo ocupa la ciudad de Lima, capital de la República y principal escenario poblacional que capta un alto porcentaje de inversión pública y concentra las mayores atenciones en cuanto a ejecución de políticas sociales. Un factor gravitante como sabemos es el alto grado de centralismo estatal y las graves deficiencias para dar impulso a un franco proceso de descentralización en el país⁵². Un reciente estudio sobre el envejecimiento en Lima Metropolitana nos refiere que:

El proceso de Descentralización política y administrativa que vive el país como vía para la democratización de la gestión del Estado, para el caso de Lima Metropolitana, muestra la contradicción entre Gobierno de Ciudad o Gobierno de Región; principalmente, porque resulta altamente meritoria la participación activa de la población en el crecimiento (construcción) horizontal que la gran ciudad ha alcanzado, adaptando usos y costumbres de sus regiones de origen para forjar variadas formas de relacionamiento y liderazgo social, interactuando en procesos de aprendizaje de ejercicio de ciudadanía (participación y cultura ciudadana) o afrontando períodos de crisis política y económica expuestos a condiciones de exclusión (CALDERÓN, Jenny; CÁCERES, Jaime, 2008: 07)

⁵² Ley 27783, Ley de Bases de la Descentralización; Ley 27972, Ley Orgánica de Municipalidades publicada el 27 de mayo del 2003; Ley 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales publicada el 18 de noviembre del 2002 y modificada mediante Ley 27902.

Como se señala en el párrafo citado, la Municipalidad Metropolitana de Lima aún deshoja margaritas respecto de la contradicción que debió resolver hace mucho tiempo como principal responsable del impacto de las Políticas de Estado en la Metrópoli. Lo que ha prevalecido es una práctica municipalista que evade el ejercicio de la política y se parapeta en un tipo de gestión eminentemente administrativa y la ejecución preferentemente de proyectos de infraestructura física, que si bien no está mal, no debería ocupar lo principal del rol que le compete actualmente al Municipio limeño. Significa que deberá replantear sus estrategias, planes y programas orientados a promover procesos de desarrollo social y su atención a poblaciones vulnerables, como es el caso de las Personas Adultas Mayores quienes en la mayoría de los casos representan el sector menos atendido, tanto por el Municipio Metropolitano como por los Municipios distritales.

Como podrá verse, **concertar compromisos** entre **Estado y Sociedad Civil** para encarar la solución de los principales problemas que afectan a nuestra población plantea retos que corresponde asumir a los “protagonistas” de la política: Estado, Sociedad Civil y organismos de representación política (partidos políticos, frentes electorales etc.) y proponer bases para el ejercicio de la política, como formas de una nueva cultura política referidas a imágenes y sentidos sobre la acción colectiva favorables para el reforzamiento del proceso de democratización que necesitamos para la incorporación de la población marginada a la ciudadanía social, económica, política y cultural, lo cual está a la base de cualquier intento de modernización del Estado. Redefinir un **Nuevo Pacto Social** ayudará a garantizar un sistema de **Protección Social** que beneficie a la población en

general, teniendo a la salud como uno de sus elementos constitutivos. Este nuevo Pacto Social entre Estado y sociedad, que deberá encarnar las aspiraciones más importantes de todos los sectores, pero principalmente de las grandes mayorías, podría verse reflejado en cambios estructurales que tendrían como base la renovación del compromiso establecido mediante el Acuerdo Nacional y sus respectivas Políticas de Estado.

3. Protagonismo Ciudadano y posibilidades para la concertación de cambios en el ejercicio de derechos en salud.

Las condiciones objetivas de vida de las personas mayores en el Perú, como se ha hecho referencia en varios pasajes de la investigación, está completamente vinculada al sentido práctico que ha impuesto el cambio del paradigma desarrollista desde los 90' y que modificó drásticamente el papel del Estado, asignando al mercado (basado en el concepto de economía de mercado) funciones reguladoras con excesiva influencia en la vida social de la población. Esta reformulación de las funciones del Estado que ha llevado a la privatización de importantes derechos como la Salud y la Educación, requiere ser revisado y recuperar el sentido multidimensional e integrador del enfoque de Desarrollo Humano, proponiendo reforzar procesos conducentes a alcanzar formas renovadas de institucionalidad social aprovechando experiencias exitosas de gestión y participación de la ciudadanía basado en la transparencia, el control ciudadano y la rendición de cuentas., siendo las organizaciones sociales referentes del sujeto social.

Estos temas ponen en el centro de nuestra atención en el papel de las instituciones públicas, no solamente por la rigidez programática e ineficiencia para gerenciar programas sociales, sino por que en poca o mayor medida han “institucionalizado” viejos defectos como la manipulación, clientelismo o manejo irresponsable de los fondos públicos por cuestiones de política partidaria. Esta situación debe cambiar. En nuestro caso, reconocemos en las personas Adultas Mayores el sujeto social de derechos y centro de atención del estudio que hemos realizado. El **enfoque de ciudadanía en salud**, que está expuesto como hilo conductor en nuestra propuesta, toma en cuenta la definición de políticas sociales que aplica el Estado y considera como factor negativo el que no se haya logrado remontar el impacto negativo que aún siguen generando las reformas aplicadas desde los 90’ en el campo de la Salud y la Seguridad Social, oponiendo al crecimiento de la demanda por asistencia y promoción social de los sectores más vulnerables a las reformas, políticas “focalizadas” o “sectorializadas” que han mostrado marcadas restricciones en su implementación en casi dos décadas y que ha agravado el estado de exclusión y marginalidad que afecta a un grueso sector de la población; por tanto se constata resultados limitados, no generalizables territorialmente, de impactos coyunturales, y sin posibilidad de progresión o continuidad temporal.

Quizá el intento ha sido mostrar más Estado a costa de la conculcación de Derechos consagrados por la Constitución Política y Tratados Internacionales, lo cual a la larga ha afectado la condición de ciudadanos de las personas adultas mayores y estar condicionados como “individuos” y objeto del espíritu asistencialista que caracteriza el papel de las instituciones públicas responsables de la implementación de las políticas públicas en salud. La problemática de la

Vejez y el Envejecimiento se deberá abordar teniendo en cuenta: la interdependencia entre las dimensiones social, política, económica y cultural que marcan la práctica individual y colectiva de las personas Adultas Mayores; las condiciones de gobernabilidad y de legitimación de la construcción de su tejido social en un ámbito de libertad, de democracia participativa y de responsabilidad social.

Proponemos la **re – apropiación de la conciencia** de ciudadano entre las Personas Adultas Mayores a través de la participación social como medio que les ayude a influir en acciones de negociación o abogacía, a la vez que como un fin en si mismo, como mecanismo de empoderamiento y construcción de ciudadanía. Una de las formas para encaminar esta propuesta es el desarrollo de **Procesos de Vigilancia de los Derechos en Salud** de las Personas Mayores, para lo cual es necesario fortalecer no sólo a las organizaciones sociales, sino también a los diferentes espacios locales de participación ciudadana que existen, como es el caso de las Mesas de Diálogo, los Presupuestos Participativos y hasta los mismos CIAM, ya que en instancias como estas convergen tanto instituciones del Estado como de la Sociedad Civil, además de las mismas Personas Mayores., estableciendo como norma que los compromisos que se establezcan en estos espacios tengan capacidad vinculante y se concreten a través de acciones concertadas entre todos los sectores involucrados.

Un tercer componente indispensable para alcanzar **protagonismo ciudadano con ejercicio de derechos** entre la población Adulta Mayor es la formación de liderazgos y desarrollo de capacidades, tanto organizacionales como en su condición de actor social de su ámbito territorial para la formulación de

propuestas y gestión social de planes y programas. La experiencia de los últimos años en Lima Metropolitana ha mostrado la conveniencia del fortalecimiento de las redes sociales, tanto locales como macro zonales, lo cual de forma paulatina ha facilitado la incorporación de organizaciones de personas adultas mayores a los procesos participativos y a través de ellos la **promoción de prácticas incluyentes basados en los enfoques intergeneracional y de ciclo de vida**; es decir, como estrategias de trabajo de proyección horizontal que cruza las políticas sociales dirigidas a mejorar las condiciones de vida de la población. Insistimos en el reconocimiento del Envejecimiento como un proceso ininterrumpido presente e indesligable de la vida de las personas. Desde nuestra visión, los programas de **Seguridad alimentaria o Salud Integral** como estrategias del gobierno para remediar el impacto de la pobreza y pobreza extrema, de ningún modo deberían corresponder a políticas sociales excluyentes.

Lo que debemos precisar es que esta estrategia para la formación de liderazgos y desarrollo de capacidades que está formulado en el párrafo anterior está totalmente desatendida por el Estado. Las líneas de atención a la organización social de las personas Adultas Mayores que difunde el MIMDES promueven el asistencialismo y la subordinación de las organizaciones de personas adultas mayores a sus planes institucionales. Se requieren políticas de promoción que respete la autonomía e independencia de dichas organizaciones; solo de ese modo se entenderá y reconocerá el papel protagónico que cumplen las Personas Mayores en el escenario del Envejecimiento Poblacional.

4. El papel de los centros académicos, ¿Promotores de una Nueva cultura política con Democracia Política?

Con relación al papel que vienen cumpliendo los Centros Académicos Universitarios en el desarrollo de políticas públicas en salud, vimos con preocupación en el capítulo anterior referido a los resultados de la investigación realizada, que existe una débil vinculación entre la acción de estos Centros Académicos y la acción del Estado, lo cual nos señala un serio problema en cuanto a la tendencia eminentemente técnica de las políticas públicas en su praxis. En ese sentido, es importante salvaguardar la orientación científica y programática en el desarrollo de las políticas de Estado, las cuales deben estar sustentadas en investigaciones realizadas desde los diferentes campos y temáticas sobre los que se desarrolla y produce conocimiento, vinculándolas en todo momento a realidades concretas de la población, tal como sucede con el tema de la salud en su relación con la temática del Envejecimiento. Además, es necesario garantizar mayor inversión pública en lo que respecta al desarrollo de investigaciones y difusión de los resultados de las mismas, socializándolas para que el actor social se apropie de sus productos, a lo cual se deberá sumar también la inversión en lo que respecta a formación de recursos humanos en salud.

Esta visión de la relación del mundo académico y el Estado es indesligable de una opción de cambio para el país sustentado, además, por principios éticos y relacionados con los procesos de democratización e integración social que van siendo definidos por los diversos sujetos sociales y/o actores en cada momento histórico, como el vivido en el período de la transición democrática desde finales del 2000. Reconociéndolo como un proceso de aprendizaje colectivo no puede

prescindir del concepto de democracia política que favorece procesos de integración o democratización sociales.

Por otro lado, hay que recordar que realizar una reforma de la Política de Estado significa cambiar el paradigma de desarrollo que hemos adoptado y seguimos manteniendo. Esto implica cambiar los esquemas de percepción y representación del mundo social impuestos por el neoliberalismo, los cuales han sido internalizados en nuestro imaginario gracias a elementos socializadores básicos, como la familia, los centros de formación académico –profesional (Colegio, Universidad) y los medios de comunicación (tv; radio; prensa escrita). Es ahí entonces, en dichos espacios donde también debemos volver nuestra mirada y cuestionarnos la forma como dichos elementos han influido o no en el desarrollo de nuestra conciencia social y qué debemos hacer para superar los efectos negativos que estos elementos hayan tenido en nuestro imaginario y en la forma de ver el mundo. De esta manera, corresponde a los Centros Académicos y al sistema educativo en general, velar para que la educación no siga siendo utilizada para mantener el estado de cosas y que contribuya a la legitimación de las desigualdades sociales existentes. Al respecto, consideramos importante que la formación en Ciencias Sociales se oriente a combinar desde un inicio teoría y práctica, esta última vinculada directamente con las diferentes poblaciones y sectores del país, promoviendo la realización de estudios e investigaciones viables, que faciliten la adopción de decisiones informadas en el desarrollo de las políticas y que nos ayuden a identificar los vacíos que puedan existir alrededor de las mismas para hacer efectivo el derecho a la salud de la población Adulta Mayor.

CONCLUSIONES

1. El estudio que hemos realizado nos ha permitido comprobar que se requiere de una mayor intervención del Estado en la atención a las variadas **dimensiones que comprende la vida de las Personas Adultas Mayores**, principalmente de la salud, para reducir las brechas en materia de exclusión social como expresión de su voluntad política que además ayude a crear un sentido de pertenencia de los individuos a la sociedad, fundado en el goce efectivo de ciudadanía y en una ética democrática. Si bien existe un marco legal normativo que protege derechos esenciales de la población Adulta Mayor, aun resulta altamente limitado el papel de las instancias públicas encargadas de la implementación de las políticas de protección social, como es el caso del MIMDES, lo cual dificulta la participación activa y organizada de las personas Adultas Mayores en los espacios de decisión pública, todo lo cual nos permite ver que, efectivamente, desde el Estado sólo ha favorecido un paulatino y aún débil proceso orientado a la democratización de las decisiones públicas. En ese sentido, es importante considerar el concepto de Salud Pública que sugiere la Organización Panamericana de Salud en donde se afirma que *“la salud pública es: el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de carácter colectivo”* (Brito, 2002: 14)⁵³, entendiendo como sociedad no sólo a las entidades públicas sino también a la Sociedad Civil.

⁵³ Definición dada por la OMS / OPS y citada por Pedro Brito.

2. También se ha comprobado la creciente demanda de atención en salud que surge a consecuencia del Envejecimiento de la población, lo cual plantea como desafío el desarrollo de estrategias de intervención para alcanzar una real universalización del derecho a la salud para el conjunto de la población del país, teniendo al Estado como principal garante del respeto de los derechos de las Personas Adultas Mayores. En ese sentido, la relación entre Salud Pública e inequidad social nos acerca a la relación entre Estado y Sociedad Civil.

Al respecto, es necesario destacar el importante papel que han cumplido diferentes actores pertenecientes al sector de Sociedad Civil como es el caso del Foro de la Sociedad Civil en Salud – FOROSALUD y las mismas organizaciones de Personas Mayores articuladas alrededor de su referente político social, la Asociación Nacional de Personas Adultas Mayores del Perú. Destacan por ello las experiencias desarrolladas en cuanto a acciones de vigilancia ciudadana en salud implementadas por ambas instituciones como parte de una alianza estratégica existente que basa en el siguiente argumento: Ahora somos un país que está envejeciendo y ello nos exige una mayor acción creativa y participativa para la formulación de políticas inclusivas, que respondan al interés general de la población y las perspectivas de desarrollo a futuro.

3. Para contrarrestar la creciente inequidad en salud, como manifestación de las condiciones de exclusión social que padecen las Personas Mayores, es notorio el creciente protagonismo de las mismas en acciones de seguimiento y fiscalización de las estrategias y programas que componen las políticas sociales en salud, promoviendo una amplia participación

social basada en la construcción de sinergias de todos los actores involucrados en el tema de la salud y, para la generación de consensos que den viabilidad a políticas sociales en salud. Un aspecto complementario que se desglosa de lo anterior, propone el cambio de sentido en la aplicación de las políticas, orientándolas al campo de la promoción y la prevención como concepción integral de la salud, con pleno reconocimiento de la persona humana como objeto de las políticas, contrapuesto al sentido curativo o recuperativo que actualmente caracteriza nuestros sistemas de salud y que focaliza la atención y reduce a la persona a la condición de paciente o “enfermo crónico”.

En ese sentido, la practica social como toma de conciencia del rol activo de las personas Adultas Mayores en la sociedad, expresa el significado de empoderamiento que hoy muestra la Asociación Nacional de Adultos Mayores del Perú, concebida como red de redes de organizaciones de base y expresión de su voluntad colectiva para afrontar el impacto de la exclusión, sea en lo social, lo político, económico o cultural. De esta manera, podemos comprobar la efectividad de la participación organizada de las Personas Adultas Mayores en la construcción de procesos orientados a promover la concertación e implementación de políticas sociales en salud más inclusivas y acordes con los cambios que se vienen presentando como resultado del Envejecimiento de la población.

4. A partir de la propuesta teórica desarrollada por Pierre Bourdieu, el estudio realizado nos acerca a la urgente necesidad de comprometer esfuerzos para involucrar a la universidad pública en el campo de la investigación acerca

de los cambios que experimenta el país, en la necesidad de promover la construcción de propuestas orientadas a garantizar el derecho a la Salud, así como en la formulación concertada de estrategias que comprometa la acción del Estado y la sociedad civil para un futuro de todas las edades.

Desde esta perspectiva, el aporte de Bourdieu nos propone enfoques para el estudio a profundidad de los cambios y características que ha adquirido el Envejecimiento de las personas, lo cual se expresa en una variedad de temas que son abordados indistintamente desde las ciencias sociales. En ese sentido, el análisis de los procesos sociales que hemos realizado nos da la oportunidad de alcanzar una visión más objetiva de la vejez y el Envejecimiento para reconocer sus elementos constitutivos, la estructura socioeconómica y la tendencia histórica por la cual se encamina.

BIBLIOGRAFÍA

- ☞ **ACEVEDO, César Arturo.** 2007. Expectativas y satisfacción de necesidades del Adulto Mayor. Requerimientos de Política Social. Lima – Perú.
- ☞ **AEDO, Cristian.** 1996. El problema del Adulto Mayor y las enfermedades catastróficas. Santiago de Chile – Chile.
- ☞ **ARANIBAR, Paula.** 2000. Acercamiento a la situación del Adulto Mayor en América Latina. Lima – Perú.
- ☞ **ARNILLAS L., Federico.** 2008. Análisis del Presupuesto Público Nacional con enfoque en Personas Adultas Mayores. Lima – Perú.
- ☞ **ARROYO, Juan.** 1996. Salud: Reforma silenciosa. Lima – Perú.
- ☞ **ASAMBLEA MUNDIAL SOBRE ENVEJECIMIENTO, Primera.** 1982. I Plan de Acción Internacional de Naciones Unidas sobre Envejecimiento. Viena - Austria
- 2002. ASAMBLEA MUNDIAL SOBRE ENVEJECIMIENTO, Segunda. Madrid – España.
- ☞ **BÉJAR, Héctor.** 2005. Justicia Social, Política Social. CEDEP. Segunda edición. Lima-Perú.
- ☞ **BERNSTEIN, Richard.** 1983. La Reestructuración de la Teoría Social y Política. En alusión a la naturaleza empírica que posee la visión común de las cosas. (Hegel). Primera Edición en español. Fondo de Cultura Económica - México.
- ☞ **BOURDIEU, Pierre.** 2006. La Distinción. Editor: Taurus. Madrid – España.

- 2005. Una invitación a la sociología reflexiva. Editor: Siglo XXI. Buenos Aires.
 - 1999. La Miseria del Mundo. Editor: Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires – Argentina.
 - 1998. La Esencia del Neoliberalismo. *Le Monde*, diciembre de 1998. Traducido del inglés por Roberto Hernández Montoya. In English: The Essence of Neoliberalismo. París – Francia.
 - 1997 a. La Economía de los bienes simbólicos. En: Razones Prácticas. Sobre la Teoría de la acción. Ediciones: Anagrama. Barcelona – España.
 - 1997 b. Espacio Social y Espacio Simbólico. En: Razones Prácticas. Sobre la Teoría de la acción. Ediciones: Anagrama. Barcelona – España.
 - 1980. El Sentido Común. El sentido práctico. Ediciones Le Minuit. París – Francia.
 - 1979. El Oficio del Sociólogo
-
- 📖 **BRITO, Pedro.** 2006. Nuevos Paradigmas globales de la Salud Pública. En: Investigación Científica y Políticas Públicas en Salud. Memoria de las Primeras Jornadas Científicas en Salud Pública. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima-Perú.
 - 📖 **CALDERÓN, Jenny; CÁCERES, Jaime.** 2008. Bases para la formulación de políticas regionales en Lima Metropolitana. Informe de investigación. Instituto de Investigación Ayuda a la Vida - AYUVI. (Mimeo). Lima – Perú.
 - 📖 **CEPAL.** 2006. La Protección Social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad. Editor: CEPAL. Montevideo - Uruguay
 - 2003. “Seguridad económica en la vejez: Una aproximación inicial”. Santiago de Chile – Chile.

- 2002 a. "Seguridad Económica del Adulto Mayor en América Latina y el Caribe". Santiago de Chile – Chile.
- 2002 b. Equidad en la Atención médica del Adulto Mayor en Chile. Papel de la Previsión. Revista N° 78. Chile.

- 📄 **CIES.** 2004. Vínculos entre la Salud Pública y los Derechos Humanos. Editor: Nova Print. Lima – Perú.

- 📄 **CHU, Magdalena; ALCÁNTAR, Elsa.** 1993. Perfil social y de salud de la población de tercera edad en Lima y Cusco. Lima – Perú.

- 📄 **CONFERENCIA INTERGUBERNAMENTAL SOBRE ENVEJECIMIENTO, Segunda.** 2007. Declaración de Brasilia. Editor: CEPAL. Brasilia – Brasil.

- 📄 **CONGRESO DE LA REPÚBLICA.** 1993. Constitución Política del Perú. Lima – Perú.
 - 2002. Ley de Bases de la Descentralización N° 27783. Cap. II Art. 32 – Cap. III. Art. 33. Diario Oficial "El Peruano". Lima – Perú.

- 📄 **CUENTAS, Sonia.** 2002. Propuestas e iniciativas para la seguridad económica de los Adultos Mayores en América Latina y El Caribe". La Paz – Bolivia.

- 📄 **DELGADO A., Luis.** 2001. La Seguridad Social en el Perú y al creación de Essalud. Lima – Perú.

- 📄 **DESSAU DE IBARRA, Catherine.** 2003. Municipio Saludable y vejez. La Paz. Bolivia.

- 📄 **ENGLER, Tomás.** 2002. Más vale por viejo. Lecciones de longevidad de un estudio del Envejecimiento Poblacional en el Cono Sur. BID. Nueva York. EEUU.

- 📄 **ESSALUD.** 2007. Resolución de Presidencia Ejecutiva de Essalud N° 012 – PE – ESSALUD – 2007

- 2004. Guía para la aplicación del MAIS - Essalud 2004. Gerencia de División de Prestaciones. Lima – Perú.
- 2000. Análisis FODA – Essalud. Gerencia de División de Prestaciones. Lima – Perú.

- ☞ **FRANCKE, Pedro.** 2006. Cambios Institucionales en los Programas Sociales. En: Construir instituciones: Democracia, desarrollo y desigualdad en el Perú desde 1980. Editores: IEP, PUCP y UNIVERSIDAD DEL PACÍFICO. Lima-Perú.

- ☞ **GONZÁLEZ, Norma.** 2003. Salud y Tecnología organizacional. Programa Nacional de salud para el Adulto Mayor 2001-2006. El primer nivel de atención en México. En: XXIII Congreso Latinoamericano de Sociología – ALAS. Arequipa – Perú. Mimeo (Ponencia).

- ☞ **GOULET, Denis.** 1996. Desarrollo económico, desarrollo humano ¿Cómo medirlos? Editor: Fundación Friedrich Ebert. Lima – Perú.

- ☞ **HELPAGE INTERNATIONAL.** 2005. La Salud de las Personas Mayores. La Paz – Bolivia.

- ☞ **INEI.** 2008. Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda, Perfil Sociodemográfico del Perú. Segunda Edición.
 - 2007. "Perú: Estimaciones y Proyecciones de la Población Total, por Años Calendario y Edades Simples, 1950-2050. Lima – Perú.

- ☞ **LÓPEZ J. Sinesio.** 2000. Revista de Educación y Cultura "TAREA" N° 45. Lima – Perú.
 - 1997. Ciudadanos Reales e Imaginarios. Parte 1 – La Condición Ciudadana: de Objeto a Sujeto de Poder. Instituto de Diálogo y Propuestas - IDS. Lima-Perú.
 - 1991. El Dios Mortal: Estado, Sociedad y Política en el Perú del siglo XX. Cap. VI El Perú de los 80': Sociedad y Estado en el fin de una época. Editor: Instituto Democracia y Socialismo. Lima – Perú.

- ☞ **MACINTYRE, Alasdair.** 2001. Emotivismo: Contenido Social y Contexto Social. En: Tras la Virtud - Cáp. III. Editora Crítica – Biblioteca de Bolsillo. Barcelona – España.

- ☞ **MIMDES.** 2008. Informe de avance semestral de la Comisión Multisectorial encargada de la implementación del Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores. Lima – Perú.
 - 2007 a. Informe de la aplicación de la Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento.
 - 2007 b. Pautas para la implementación de los Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor – CIAM. Lima – Perú.
 - 2007 c. Avances y desafíos en la aplicación y seguimiento de la estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento - Informe Nacional. Lima – Perú.
 - 2006. Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2006 – 2010. MIMDES. Lima – Perú.

- ☞ **MINSA.** 2007. Plan Nacional Concertado en Salud 2007. MINSA. Lima – Perú.
 - 2005. Lineamientos para la atención integral de salud de las Personas Adultas Mayores. MINSA. Lima – Perú.

- ☞ **NACIONES UNIDAS.** 1992. Informe sobre la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo y su significado para el trabajo de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C; OPS; (CD36/22).

- ☞ **OMS.** 2004. Perfil del Adulto Mayor – INTRA II. Coordinador: Instituto de Geriátrica y Gerontología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima – Perú.
 - 1948. Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 19-22 de junio de 1946; firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Actas oficiales de la Organización Mundial de la Salud, No. 2, p. 100) y que entró en vigor el 7 de abril de 1948.

- ☞ **OPAZO, Juana.** 2000. Políticas Sociales de salud en el Adulto Mayor. Lima – Perú.
- ☞ **PÉREZ L, Antonio.** 2003. Derechos humanos, Estado de Derecho y Constitución. Editorial Tecnos. Madrid – España.
- ☞ **PORTOCARRERO S, Felipe.** 1999. Políticas sociales en el Perú. Nuevos aportes. Instituto de Estudios peruanos. Lima – Perú.
- ☞ **PROMUDEH.** 2001. Lineamientos de política para las personas Adultas Mayores. Segunda Edición. Lima – Perú.
- ☞ **SIS.** 2007. Estadísticas por regiones y unidades ejecutoras. Enero – Noviembre del 2007. Lima – Perú.
- ☞ **TAYLOR, Charles.** 1994. La Ética de la Autenticidad: El Debate Inarticulado. Editorial Paidós. Barcelona - España.
- ☞ **UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA.** 2005. Desarrollando Respuestas Integradas de los Sistemas de Cuidados de la Salud para una Población en Rápido Envejecimiento – Estudio INTRA III. Lima – Perú.
 - 2004. Desarrollando Respuestas Integradas de los Sistemas de Cuidados de la Salud para una Población en Rápido Envejecimiento – Estudio INTRA II. Lima – Perú.
- ☞ **UNIVERSIDAD SAN MARTÍN DE PORRES.** 1999. Entorno Sociofamiliar del Adulto Mayor en el albergue Canevaro. En: Revista Cultura. Lima – Perú.
- ☞ **VIVEROS, Alberto.** 2001. Envejecimiento y Vejez en América Latina y El Caribe: Políticas Públicas y las acciones de la sociedad. Santiago de Chile – Chile.

Documentos Institucionales (Mimeo)

1. Asociación Nacional de Organizaciones de Personas Adultas Mayores del Perú - Red ANAMPER

- 2008. Carta – Informe enviado a la ONG inglesa Helpage Intenational respecto a las dificultades suscitadas entre sus contrapartes peruanas y la Asociación en el desarrollo del Proyecto PRU 123 orientado a mejorar las condiciones de vida de la población Adulta Mayor del Perú
- 2007. Estatutos de la Asociación Nacional de Organizaciones de Personas Adultas Mayores del Perú. Lima – Perú.

2. FOROSALUD

- 2009. Reporte de la experiencia piloto “Vigilancia Ciudadana a los servicios de salud desde la percepción de los Adultos Mayores en dos distritos de Lima Metropolitana”(Esta experiencia se realizó en los meses de octubre y noviembre del 2008)
- 2006. III Conferencia Nacional de Salud. Informe la de situación de salud de las Personas Adultas Mayores.

3. MIMDES

- 2007. Oficio Múltiple N° 027 – 2007- MIMDES – DGFC.
- 2008. Informe de las actividades desarrolladas por la Comisión Multisectorial encargada de la implementación del Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores en los semestres I y II (Cortesía de la Mg. Martha Vega Farro, Presidenta de la Mesa de Trabajo de ONGs y Afines sobre Personas Adultas Mayores y miembro titular de dicha instancia ante la mencionada Comisión).

Fuentes Primarias

Entrevistas

1. **Entrevista 1:** Sra. Rosa Jaime de la Cruz, Ex – Directiva de la Asociación Nacional de Adultos Mayores. Fecha: 16 de febrero del 2009. Lima – Perú.
2. **Entrevista 2:** Dra. Sarah Vega Sánchez, Presidenta de la Comisión Multisectorial del MIMDES durante el periodo 2007 – 2008. Fecha: 19 de febrero del 2009. Lima – Perú.
3. **Entrevista 3:** Dr. Mario Ríos Barrientos, profesor de la Facultad de Salud Pública de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Fecha: 20 de febrero de 2009. Lima – Perú.
4. **Entrevista 4:** Dr. Pedro Francke Balve, miembro del Consejo Directivo del Foro de la Sociedad Civil en Salud – FOROSALUD. Fecha: 23 de febrero de 2009. Lima – Perú.
5. **Entrevista 5:** Mg. Martha Vega Farro de Chau, Presidenta de la Mesa de Trabajo y ONGs sobre Personas Adultas Mayores – Mesa Perú. Fecha: 27 de febrero del 2009. Lima – Perú.
6. **Entrevista 6:** Dr. River Cersso, responsable de la Subgerencia de Protección al Adulto Mayor, dependencia de la Gerencia de Prestaciones Sociales de Essalud. Fecha: 05 de marzo del 2009. Lima – Perú.
7. **Entrevista 7:** Dr. Juan del Canto y Dorador, responsable de la Etapa de Vida Adulto Mayor del MINSA. Fecha: 12 de marzo del 2009. Lima – Perú.

Focus Group

1. Líderes pertenecientes a la Asociación Nacional de Adultos Mayores del Perú, Tema: Percepción de la calidad de las Políticas Sociales en Salud, 17 de febrero del 2009.