



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE  
ECONOMÍA, SOCIEDAD Y POLÍTICA  
(ILAESP)**

**ADMINISTRACIÓN PÚBLICA Y POLÍTICAS  
PÚBLICAS**

**TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA, CUIDADOS Y POLÍTICAS PÚBLICAS  
ORIENTADAS A LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR**  
Estudio de caso de prestaciones de la protección social en el Perú actual

**DIEGO ANTHONY ALARCON FERRUA**

Foz do Iguaçu  
2023



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE ECONOMÍA,  
SOCIEDAD Y POLÍTICA (ILAESP)**

**ADMINISTRACIÓN PÚBLICA Y POLÍTICAS  
PÚBLICAS**

**TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA, CUIDADOS Y POLÍTICAS PÚBLICAS ORIENTADAS A  
LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR**

Estudio de caso de prestaciones de la protección social en el Perú actual

**DIEGO ANTHONY ALARCON FERRUA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Economia, Sociedade e Política da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Administração Pública e Políticas Públicas.

Orientadora: Prof. Dra. Silvia Lilian Ferro

Foz do Iguaçu  
2023

DIEGO ANTHONY ALARCON FERRUA

**TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA, CUIDADOS Y POLÍTICAS PÚBLICAS ORIENTADAS A  
LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR**

Estudio de caso de prestaciones de la protección social en el Perú actual

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Economia, Sociedade e Política da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Administração Pública e Políticas Públicas.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientadora: Prof. Dra. Silvia Lilian Ferro  
UNILA

---

Prof. Dra. María Alejandra Nicolás  
UNILA

---

Prof. Dr. Pedro Marcelo Staevie  
UNILA

Foz do Iguaçu, 25 de octubre de 2023.

## TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor (a): Diego Anthony Alarcon Ferrua

Curso: Administração Pública e Políticas Públicas

	Tipo de Documento
<input checked="" type="checkbox"/> graduação	<input type="checkbox"/> artigo
<input type="checkbox"/> especialização	<input checked="" type="checkbox"/> trabalho de conclusão de curso
<input type="checkbox"/> mestrado	<input type="checkbox"/> monografia
<input type="checkbox"/> doutorado	<input type="checkbox"/> dissertação
	<input type="checkbox"/> tese
	<input type="checkbox"/> CD/DVD – obras audiovisuais
	<input type="checkbox"/>

Título do trabalho acadêmico: Transición demográfica, cuidados y políticas públicas orientadas a la población adulta mayor: Estudio de caso de prestaciones de la protección social en el Perú actual

Nome do orientador (a): Prof. Dra. Silvia Lilian Ferro

Data da Defesa: 25/10/2023

### Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor (a):

a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca Latino-Americana – BIUNILA a disponibilizar a obra gratuitamente e de acordo com a licença pública *Creative Commons Licença 3.0 Unported*.

Foz do Iguaçu, 25 de outubro de 2023.



Assinatura do Responsável

Dedico este trabajo a mi abuelo, Lázaro Alarcón Rivera, quien fue una persona especial para mí y tengo gratos recuerdos de él. Su partida de este mundo fue la base para la realización de este estudio investigativo tanto por la vejez misma como por el análisis de los servicios de cuidado para esta franja etaria.

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar, agradezco a mi profesora orientadora Silvia Lilian Ferro quien estuvo presente en toda la realización de este trabajo, colocando todos sus esfuerzos para lograr la pulcritud del mismo y motivarme para seguir realizando un trabajo cada vez mejor.

A los profesores de la banca por la disponibilidad de su tiempo en la observación y nuevas orientaciones de la presente investigación para que esta sea más completa y se continúe mejorando.

A mi madre, Yolanda, quien, a pesar de la distancia, estuvo a mi lado en todo momento y, con todo su amor maternal, me dio ánimos a continuar con la presente investigación pese a las dificultades personales que vivía como a las dificultades del mismo trabajo.

A mi padre, Lino, quien, a pesar de la distancia, mantiene su amor paternal, confiando en la realización de la investigación y por ofrecerme sabios consejos que me ayudaron a convertirme en una persona humilde y trabajadora.

A mi hermana mayor y persona de admiración a seguir, Katherine, quien es el pilar fundamental de mi realización profesional, colocando todos sus esfuerzos para que pueda ser la persona quien soy ahora.

Y finalmente a mi amiga, Johana, quien estuvo presente en todo momento durante mi vida universitaria, sean buenos o malos, motivándome a continuar estudiando, y, sobre todo, a apreciarme como un gran amigo y ofrecer su amistad incondicional.

ALARCÓN FERRÚA, Diego Anthony. **Transición demográfica, cuidados y políticas públicas orientadas a la población adulta mayor**: Estudio de caso de prestaciones de la protección social en el Perú actual. 2023. 151 páginas. Trabajo de Conclusión de Curso de Administración Pública y Políticas Públicas – Universidad Federal de la Integración Latino-Americana – UNILA, Foz de Iguazú, 2023.

## RESUMEN

Esta investigación, primeramente, analiza la crisis del cuidado en Perú en relación con las consecuencias de la transición demográfica, especialmente en lo que respecta al envejecimiento, ponderando las respuestas que está dando el Estado peruano a estas problemáticas desde las políticas públicas. La transición demográfica, en su fase final está mostrando caídas continuas de las tasas de natalidad y mortalidad, así como extensión de la expectativa de vida, produciendo cambios significativos en la distribución de las franjas etarias, especialmente en lo que respecta a niños y adultos mayores, siendo estos últimos el grupo-objetivo de este análisis. Esta situación constituye un desafío a la gestión política, por ello se analizó la legislación, normativa, programas y políticas públicas de cuidado existentes dirigidas hacia la población adulta mayor, como por ejemplo el Programa Pensión 65, la Red Amachay y el Programa Nacional de entrega de la pensión no contributiva a personas con discapacidad severa en situación de pobreza (Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social); el Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar y el Programa Nacional para la Prevención y Erradicación de Violencia contra las Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables); el Seguro Integral de Salud y el Seguro Social de Salud (Ministerio de Salud); el Programa de Educación Básica Alternativa y el Programa de Alfabetización (Ministerio de Educación); y el Sistema Nacional de Pensiones y el Sistema Privado de Pensiones (Ministerio de Economía y Finanzas y la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones). Se procura dimensionar si existe una respuesta adecuada desde las políticas o si ya en la situación actual habría un déficit que se profundizará de acuerdo a las proyecciones demográficas que indican un incremento del envejecimiento de la población peruana. Para responder estos interrogantes se utilizaron técnicas de investigación cualitativas y cuantitativas. Se aplicaron 32 cuestionarios a altos representantes de los programas mencionados entre los meses de agosto y septiembre del 2023. También se realizó revisión de literatura sobre cada variable utilizada y se ponderaron sus contribuciones a la luz de interpretación estadística con fuentes del sistema estadístico nacional peruano, así como de CEPAL y de otros organismos de Naciones Unidas. Considerando las respuestas brindadas por los actores públicos, y todo lo anteriormente citado, llegamos a la conclusión de que los servicios públicos de cuidado en Perú necesitan ser reformulados y reelaborados, por problemas en su cobertura, distribución presupuestaria, una incorrecta formulación del problema del cuidado que constituye un asunto público del cual deben participar, además del Estado, las organizaciones de la sociedad civil y el sector privado y no apenas ser considerado algo que resuelven las familias como pueden. También se evidencia una falta de reconocimiento a la labor no remunerada de cuidados ofrecida por las mujeres en razón de un orden de ideas patriarcal que sigue siendo muy influyente no solo en la sociedad peruana sino también a escala latino-americana.

**Palabras clave:** transición demográfica; cuidados; políticas públicas; población adulta mayor; Perú.

ALARCÓN FERRÚA, Diego Anthony. **Transição demográfica, cuidados e políticas públicas voltadas à população adulta maior**: Estudo de caso de prestações da proteção social no Peru atual. 2023. 151 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso de Administração Pública e Políticas Públicas – Universidade Federal da Integração Latino-Americana – UNILA, Foz do Iguaçu, 2023.

## RESUMO

Esta pesquisa, em primeiro lugar, analisa a crise do cuidado no Peru em relação às consequências da transição demográfica, especialmente no que diz respeito ao envelhecimento, ponderando as respostas que o Estado peruano está dando a estes problemas a partir das políticas públicas. A transição demográfica, na sua fase final, apresenta quedas contínuas nas taxas de natalidade e mortalidade, bem como um prolongamento da esperança de vida, produzindo alterações significativas na distribuição dos grupos etários, especialmente no que diz respeito às crianças e aos idosos, sendo estes últimos o público-alvo desta análise. Esta situação constitui um desafio à gestão política, razão pela qual foram analisadas as legislações, regulamentos, programas e políticas públicas de atenção à população idosa existentes, como o Programa Pensión 65, a Rede Amachay e o Programa Nacional de Entrega de pensão não contributiva para pessoas com deficiência grave em situação de pobreza (Ministério do Desenvolvimento e Inclusão Social); o Programa Nacional Integral de Bem-Estar Familiar e o Programa Nacional de Prevenção e Erradicação da Violência contra Mulheres e Membros do Grupo Familiar (Ministério da Mulher e Populações Vulneráveis); Seguro de Saúde Integral e Seguro Social de Saúde (Ministério da Saúde); o Programa de Educação Básica Alternativa e o Programa de Alfabetização (Ministério da Educação); e o Sistema Nacional de Previdência e o Sistema de Previdência Privada (Ministério da Economia e Finanças e a Superintendência de Administradores de Bancos, Seguros e Previdência Privada). Tenta-se determinar se existe uma resposta adequada das políticas ou se na situação atual já existiria um déficit que se aprofundará de acordo com as projeções demográficas que indicam um aumento do envelhecimento da população peruana. Para responder a essas questões, foram utilizadas técnicas de pesquisa qualitativa e quantitativa. Foram aplicados 32 questionários a altos representantes dos programas mencionados entre os meses de agosto e setembro de 2023. Também foi realizada uma revisão da literatura sobre cada variável utilizada e suas contribuições foram ponderadas à luz da interpretação estatística com fontes do sistema estatístico nacional peruano, bem como da CEPAL e de outras organizações das Nações Unidas. Considerando as respostas fornecidas pelos atores públicos, e tudo o que foi mencionado acima, concluímos que os serviços públicos de cuidado no Peru precisam ser reformulados e reelaborados, devido a problemas na sua cobertura, distribuição orçamentária, uma formulação incorreta do problema do cuidado, questão em que, além do Estado, devem participar as organizações da sociedade civil e o setor privado e não apenas ser considerado um problema que as famílias resolvem da melhor maneira possível. Há também uma falta de reconhecimento do trabalho de cuidado não remunerado oferecido pelas mulheres devido a uma ordem patriarcal de ideias que continua sendo muito influente não só na sociedade peruana, mas também à escala latino-americana.

**Palavras-chave:** transição demográfica; cuidados; políticas públicas; população adulta maior; Perú

ALARCÓN FERRÚA, Diego Anthony. **Demographic transition, care and public policies focused to the elderly population**: Case study of social protection benefits in current Peru. 2023. 151 pages. Final Project for the Public Administration and Public Policies Course – Federal University of Latin American Integration – UNILA, Foz do Iguaçu, 2023.

## ABSTRACT

First of all, this research analyzes the crisis care in Peru in relation to the consequences of the demographic transition, especially with regard to aging, pondering the responses that the Peruvian State is giving to these problems from public policies. The demographic transition, in its final phase, is showing continuous falls in birth and mortality rates, as well as an extension in life expectancy, producing significant changes in the distribution of age groups, especially with regard to children and older adults, the latter being the target group of this analysis. This situation constitutes a challenge to political management, which is why the existing legislation, regulations, programs and public care policies aimed at the elderly population were analyzed, such as the Pension 65 Program, the Amachay Network and the National Program non-contributory pension for people with severe disabilities in poverty (Ministry of Development and Social Inclusion); the National Comprehensive Program for Family Welfare and the National Program for the Prevention and Eradication of Violence against Women and Members of the Family Group (Ministry of Women and Vulnerable Populations); Comprehensive Health Insurance and Social Health Insurance (Ministry of Health); the Alternative Basic Education Program and the Literacy Program (Ministry of Education); and the National Pension System and the Private Pension System (Ministry of Economy and Finance and the Superintendence of Banking, Insurance and Private Pension Fund Administrators). For that reason, we try to determine whether there is an adequate response from policies or whether in the current situation there would already be a deficit that will deepen according to demographic projections that indicate an increase in the aging of the Peruvian population. To answer these questions, qualitative and quantitative research techniques were used. 32 questionnaires were administered to senior representatives of the aforementioned programs between August and September 2023. A literature review was also carried out on each variable used and its contributions were weighted in light of statistical interpretation with sources from the Peruvian national statistical system, as well as from ECLAC and other United Nations organizations. Considering the responses provided by public actors, and everything mentioned above, we conclude that public care services in Peru need to be reformulated and reworked, due to problems in their coverage, budget distribution, an incorrect formulation of the care problem, which constitutes a public issue in which the State, civil society organizations and the private sector must participate and not just be considered something that families resolve as best they can. There is also evidence of a lack of recognition of the unpaid care work offered by women due to a patriarchal order of ideas that continues to be very influential not only in Peruvian society but also on a Latin American scale.

**Key words:** demographic transition; care; public politics; elderly population; Perú.

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> – Promedio de horas a la semana que la población peruana mayor a 12 años le dedica a actividades domésticas no remuneradas, por sexo, 2010.	21
<b>Gráfico 2</b> – Porcentaje de mujeres y hombres en situación de pobreza y pobreza extrema en América Latina, 2000-2021.	24
<b>Gráfico 3</b> – Destinos migratorios de la población latinoamericana, 1990-2020.	26
<b>Gráfico 4</b> – Destinos de la emigración peruana, 2018.	26
<b>Gráfico 5</b> – Porcentaje de mujeres con dedicación exclusiva a las labores del hogar en América Latina, 2012-2021.	28
<b>Gráfico 6</b> – Tasa de participación de las mujeres en actividades económicas en América Latina, 2012-2021.	29
<b>Gráfico 7</b> – Envejecimiento de la población peruana en 1950 y 2021.	30
<b>Gráfico 8</b> – Tasa bruta de natalidad en América Latina y Perú entre los años 1950 a 2100.	40
<b>Gráfico 9</b> – Tasa bruta de mortalidad en América Latina y Perú entre los años 1950 a 2100.	41
<b>Gráfico 10</b> – Esperanza de vida en América Latina y Perú entre los años 1950 a 2100.	42
<b>Gráfico 11</b> – Relación de dependencia demográfica de niños y adultos mayores en América Latina y Perú entre los años 1950 y 2100.	45
<b>Gráfico 12</b> – Población por edad y sexo de América Latina en 1950.	47
<b>Gráfico 13</b> – Población por edad y sexo de Perú en 1950.	48
<b>Gráfico 14</b> – Población por edad y sexo de América Latina en 2050.	49
<b>Gráfico 15</b> – Población por edad y sexo de Perú en 2050.	50
<b>Gráfico 16</b> – Valor no remunerado del trabajo en los hogares latinoamericanos, en porcentaje de PBI, periodo: 2010-2021.	58
<b>Gráfico 17</b> – Distribución etaria de la PAM peruana en 2023.	97
<b>Gráfico 18</b> – Incidencia de pobreza peruana por grupos de edad,	

2021-2022.	98
<b>Gráfico 19</b> – Porcentaje de PAM con alguna discapacidad durante los años 2020-2022.	100
<b>Gráfico 20</b> – Porcentaje de PAM con algún problema de salud crónico, 4º trimestre 2020.	100
<b>Gráfico 21</b> – Trabajadores peruanos en empleos formales e informales, expresado en millones, entre 2013 y 2022.	107
<b>Gráfico 22</b> – Porcentaje de PAM afiliada a algún tipo de seguro de salud, 2022-2023.	109
<b>Gráfico 23</b> – Población atendida en el INABIF por grupo etario, 2023.	117
<b>Gráfico 24</b> – Cobertura de los sistemas previsionales a la PAM peruana, período: 2001-2023.	120
<b>Gráfico 25</b> – Ingreso promedio del sector formal privado – Real. 2023.	121

## LISTA DE CUADROS

<b>Cuadro 1</b> – Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionados con la PAM.	32
<b>Cuadro 2</b> – Tipología de las transiciones demográficas.	37
<b>Cuadro 3</b> – Conexión de las políticas sociales y políticas públicas.	57
<b>Cuadro 4</b> – Enfoques en el discurso experto.	63
<b>Cuadro 5</b> – Primera etapa de impactos de la transición demográfica, período: 1950-2010.	65
<b>Cuadro 6</b> – Segunda etapa de impactos de la transición demográfica, período: 2010 al presente.	66
<b>Cuadro 7</b> – Elementos de los PTC.	68
<b>Cuadro 8</b> – Componentes de las políticas integradas de cuidado.	70
<b>Cuadro 9</b> – Categorización de políticas públicas de Gormley.	72
<b>Cuadro 10</b> – Categorización de políticas públicas de Gustafsson.	73
<b>Cuadro 11</b> – La interacción de los elementos del cuidado.	74
<b>Cuadro 12</b> – La Pirámide de Kelsen.	75
<b>Cuadro 13</b> – El cuidado de los adultos mayores en la Constitución Política del Perú vigente.	78
<b>Cuadro 14</b> – La importancia de la ley nº 30490.	81
<b>Cuadro 15</b> – Programas y políticas públicas vinculadas a la PAM en el Estado peruano.	83
<b>Cuadro 16</b> – Ministerios con programas vinculados a la oferta de servicios de cuidado a la PAM peruana.	85
<b>Cuadro 17</b> – Cobertura de la red <i>Amachay</i> en 2020.	99
<b>Cuadro 18</b> – La conexión entre la dependencia y la tasa de dependencia.	102
<b>Cuadro 19</b> – Caracterización de la relación de dependencia.	103
<b>Cuadro 20</b> – Programas de protección social contributivos y no contributivos.	108

## LISTA DE TABLAS

<b>Tabla 1</b> – Uso del tiempo de las mujeres a las labores del cuidado y domésticas en América Latina, 2018.	22
<b>Tabla 2</b> – Principales cargos de ocupación de la población emigrante peruana mayor a 14 años, por sexo, 2018.	27
<b>Tabla 3</b> – Índice de envejecimiento en los países de América Latina, 1965 a 2060.	45
<b>Tabla 4</b> – Cobertura del programa Pensión 65.	96
<b>Tabla 5</b> – Cobertura del programa CONTIGO, 2022.	104
<b>Tabla 6</b> – Presupuesto destinado al MIDIS, septiembre 2023.	105
<b>Tabla 7</b> – Días promedio para obtener una cita médica en los Seguros de Salud peruanos, 2014.	108
<b>Tabla 8</b> – Tiempo promedio de espera para la atención médica en los Seguros de salud peruanos, 2014.	109
<b>Tabla 9</b> – Presupuesto destinado al MINSA, septiembre 2023.	110
<b>Tabla 10</b> – Presupuesto del EsSalud, marzo 2023.	111
<b>Tabla 11</b> – Nivel educativo alcanzado por la PAM, en porcentaje, 2019-2023.	112
<b>Tabla 12</b> – Tasa de analfabetismo en las diferentes franjas etarias peruanas, 2008-2018.	113
<b>Tabla 13</b> – Población censada según departamento, 1940 - 2017.	114
<b>Tabla 14</b> – Presupuesto del MINEDU, septiembre 2023.	115
<b>Tabla 15</b> – Casos atendidos en los Centros de Emergencia Mujer (CEM) del programa AURORA por franja etaria, 2023.	118
<b>Tabla 16</b> – Presupuesto del MIMP, abril 2023.	119

## LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

AAFP	Asociación de Administradoras de Fondos de Pensiones
AFP	Administradora Privada de Fondo de Pensiones
ART.	Artículo
BCRP	Banco Central de Reserva del Perú
AURORA	Programa Nacional para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres e Integrantes del grupo familiar
CCC	Casas Comunitarias Territoriales en pequeñas comunidades
CEM	Centros de Emergencia Mujer
CEP	Comité de Ética de Investigación
CEPAL	Comisión Económica para América Latina
CEPALSTAT	Base de Datos y Publicaciones Estadísticas de la CEPAL
CONEP	Comisión Nacional de Ética en Investigación
CONTIGO	Programa Nacional de entrega de la pensión no contributiva a personas con discapacidad severa en situación de pobreza
CORTE IDH	Corte Interamericana de Derechos Humanos
COVID-19	Coronavirus
FONCODES	Fondo de Cooperación para el Desarrollo Social
ELEPEM	Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores
ENAHO	Encuesta Nacional de Hogares
ESSALUD	Seguro Social de Salud
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
INABIF	Programa Nacional para el Bienestar Familiar
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MERCOSUR	Mercado Común del Sur
MIDIS	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
MIMP	Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables
MINAM	Ministerio del Ambiente
MINEDU	Ministerio de Educación
MININTER	Ministerio del Interior
MINJUSDH	Ministerio de Justicia y Derechos Humanos
MINSA	Ministerio de Salud
MTPE	Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo

ONU	Organización de las Naciones Unidas
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
ONP	Oficina de Normalización Previsional
PAIS	Programa Nacional de Plataformas de Acción para la Inclusión Social
PAM	Población Adulta Mayor
PEA	Población Económicamente Activa
PEBAJA	Programa de Educación Básica Alternativa
PIA	Presupuesto Inicial de Apertura
PA	Programa de Alfabetización
PTC	Programas de Transferencias Condicionadas
SBS	Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones
SIEMPRE	Centros de educación y cuidados en acuerdo con Sindicatos y Empresas
SIS	Seguro Integral de Salud
SNIC	Sistema Nacional Integral de Cuidados
SNP	Sistema Nacional de Pensiones
SPP	Sistema Privado de Pensiones
TCC	Trabajo de Conclusión de Curso
UNDESA	Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas
UNILA	Universidad Federal de la Integración Latino-Americana

## ÍNDICE

<b>1 INTRODUCCIÓN</b>	18
<b>2 COMPRENDIENDO EL PANORAMA DEMOGRÁFICO LATINOAMERICANO Y PERUANO</b>	36
2.1 ANTECEDENTES DEL ENVEJECIMIENTO LATINOAMERICANO Y PERUANO	46
2.2 PROYECCIONES DEL ENVEJECIMIENTO LATINOAMERICANO Y PERUANO	48
2.3 VENTAJA Y DESVENTAJA DE LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA	51
<b>3 EL CUIDADO, LAS POLÍTICAS SOCIALES Y EL ESTADO DE BIENESTAR</b>	53
3.1 CONVERGENCIA EN LOS SERVICIOS DE CUIDADO EN LA NIÑEZ Y EN LA VEJEZ	61
3.2 LA CUESTIÓN DEL CUIDADO EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS	64
<b>4 LEGISLACIÓN Y GESTIÓN DEL CUIDADO A LA PAM EN EL SISTEMA PÚBLICO PERUANO</b>	75
4.1 EL CUIDADO EN LA CONSTITUCIÓN PERUANA	77
4.2 ANÁLISIS DE LA LEY N° 30490	80
4.3 EL CUIDADO EN EL ORGANIGRAMA ESTATAL PERUANO	82
<b>5 METODOLOGÍA</b>	88
<b>6 DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b>	94
6.1 EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE CUIDADO PARA LA PAM PERUANA	95
6.1.1 SERVICIOS PÚBLICOS DEL CUIDADO GESTIONADOS POR EL MIDIS	95
6.1.1.1 ANÁLISIS DEL PROGRAMA PENSIÓN 65	95
6.1.1.2 ANÁLISIS DE LA RED AMACHAY	98
6.1.1.3 ANÁLISIS DEL PROGRAMA CONTIGO	103

6.1.1.4 EVALUACIÓN PRESUPUESTARIA DE LOS PROGRAMAS PÚBLICOS DE CUIDADO DEL MIDIS	104
6.1.2 SERVICIOS PÚBLICOS DEL CUIDADO GESTIONADOS POR EL MINSA	106
6.1.2.1 ANÁLISIS DEL SIS Y ESSALUD	106
6.1.2.2 EVALUACIÓN PRESUPUESTARIA DE LOS PROGRAMAS PÚBLICOS DE CUIDADO DEL MINSA	110
6.1.3 SERVICIOS PÚBLICOS DEL CUIDADO GESTIONADOS POR EL MINEDU	111
6.1.3.1 ANÁLISIS DEL PEBAJA Y PA	112
6.1.3.2 EVALUACIÓN PRESUPUESTARIA DE LOS PROGRAMAS PÚBLICOS DE CUIDADO DEL MINEDU	115
6.1.4 SERVICIOS PÚBLICOS DEL CUIDADO GESTIONADOS POR EL MIMP	116
6.1.4.1 ANÁLISIS DEL PROGRAMA AURORA E INABIF	116
6.1.4.2 EVALUACIÓN PRESUPUESTARIA DE LOS PROGRAMAS PÚBLICOS DE CUIDADO DEL MIMP	118
6.1.5 ANÁLISIS DE LOS SISTEMAS PREVISIONALES CONTRIBUTIVOS: SNP Y SPP	119
6.2 LA PERSPECTIVA DE LOS <i>POLICYMAKERS</i>	122
6.2.1 LOS SERVICIOS DE CUIDADO DE LA PAM	122
6.2.2 LA “FEMINIZACIÓN” DEL CUIDADO	125
<b>7 CONCLUSIONES</b>	129
<b>8 BIBLIOGRAFÍA</b>	132
<b>ANEXOS</b>	145
<b>ANEXO A – CUESTIONARIO SOBRE SERVICIOS PÚBLICOS PARA LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR</b>	145
<b>ANEXO B – CUESTIONARIO SOBRE LA PARTICIPACIÓN FEMENINA EN EL CUIDADO</b>	148

## 1 INTRODUCCIÓN

La transición demográfica es un fenómeno global que ha cambiado muchos panoramas poblacionales, específicamente a la distribución por edades de la población, y, por ende, ha colocado en el mapa político el cuestionamiento de los servicios públicos de cuidado como un problema contemporáneo a debatir.

Entendemos por servicios de cuidado a aquel trabajo, sea remunerado o no, de atención de las necesidades físicas, emocionales y de integración en la sociedad de una persona dependiente<sup>1</sup> en la ejecución de actividades básicas, como puede ser la salud, vivienda, alimentación, locomoción, etc, siendo un trabajo universal muy importante para la sobrevivencia de una sociedad. Este término está asociado a diferentes variables como, por ejemplo:

- La transición demográfica: por los efectos que esta ocasiona en la franja etaria de edades de una población, debido a cambios en las tasas de mortalidad, natalidad y expectativas de vida (Turra y Fernandes, 2021).
- El envejecimiento poblacional: ya que son estas personas, en especial, quienes ahora y en el futuro requerirán una especial disponibilidad de cuidados, gracias a la profundización de la transición demográfica que anuncian las proyecciones (Rossel, 2016).
- La participación femenina y la división sexual del trabajo: debido a que son las protagonistas en la oferta de cuidados, sobre todo cuando nos percatamos que lo realizan de forma no remunerada, especialmente en los hogares atribuido a un rol “natural” de género, adscribiéndolas a labores domésticas e intentando separarlas de la participación de la esfera pública, función social atribuida a los hombres (Carrasco, 2003).

---

<sup>1</sup> Según Ferro (2021) el término “dependiente” no sólo está relacionado a infantes, adultos mayores o personas con alguna discapacidad los cuales requieren de cuidados para poder continuar con sus actividades rutinarias. Este término es amplio inclusive hacia la población económicamente activa, es decir, población adulta con posibilidad de trabajar, ya que estos al tener autonomía personal y estar saludables, no pueden escapar de la posibilidad de precisar ser cuidado por otra persona ante cualquier eventualidad. Un ejemplo claro de esto es cuando un adulto se enferma y necesita de servicios de salud, que forma parte del cuidado, y dependiendo de la gravedad de esta enfermedad puede requerir, aún en forma parcial o provisoria, la ayuda de otra persona para cuidar de su salud, pudiendo ser esta ayuda externa - como puede ser un doctor o un enfermero - como también de su ámbito interno, es decir, un familiar.

Sin embargo, la cuestión del cuidado además de su conexión con elementos demográficos, sociales y culturales, también tiene un elemento político anexo a este: las políticas públicas, en este caso específico conocidas como políticas de cuidado.

Abriendo el panorama para comprender la complejidad de las políticas de cuidado, Batthyány (2015) nos relata la complejidad con respecto al derecho al cuidado, básicamente por tres premisas:

1. El derecho a recibir cuidados necesarios en distintas circunstancias y fases del ciclo de vida: esto da a entender una “universalización” del cuidado, es decir, que todas las personas sean merecedoras de recibir cuidados cuando estos lo requieran sin importar impedimentos como la disponibilidad de ingresos, ya que dependiendo de la cantidad de dinero obtenido, este puede ser un determinante entre la calidad del cuidado o la decisión acerca de permitirse, o no, recibir cuidados; la presencia de lazos afectivos, la cual hace referencia a la familia, especialmente a la mujer, quien se va a encargar de la labor del cuidado de forma voluntaria por motivos de parentesco, “naturales”, entre otros.
2. El derecho de elegir si se quiere, o no, cuidar en el margen del cuidado familiar no remunerado: este punto es muy controversial debido a que discute con la oferta voluntaria de cuidados que realizan las mujeres, quienes son las que mayormente participan en las labores del cuidado. Al mismo tiempo discute con la idea acerca de “liberar” a la mujer del hogar y permitirle participar en otros campos.
3. El derecho a condiciones laborales dignas en el sector de cuidados: este punto es difícil de explicar puesto que podemos hacer múltiples interpretaciones:
  - Una de ellas es la valorización del trabajo del cuidado remunerado con un ambiente laboral adecuado.
  - El reconocimiento del cuidado como un trabajo que puede ser remunerado.
  - De manera metafórica, otorgar una adecuada condición laboral, sea el hogar como ambiente o las herramientas para la atención

del cuidado, a las personas que lo realizan, principalmente mujeres, de forma voluntaria, es decir, sin remuneración.

Adicionalmente se encuentra la relación Estado-familia-mercado-tercer sector para la formulación de políticas de cuidado. A modo de síntesis se puede decir que:

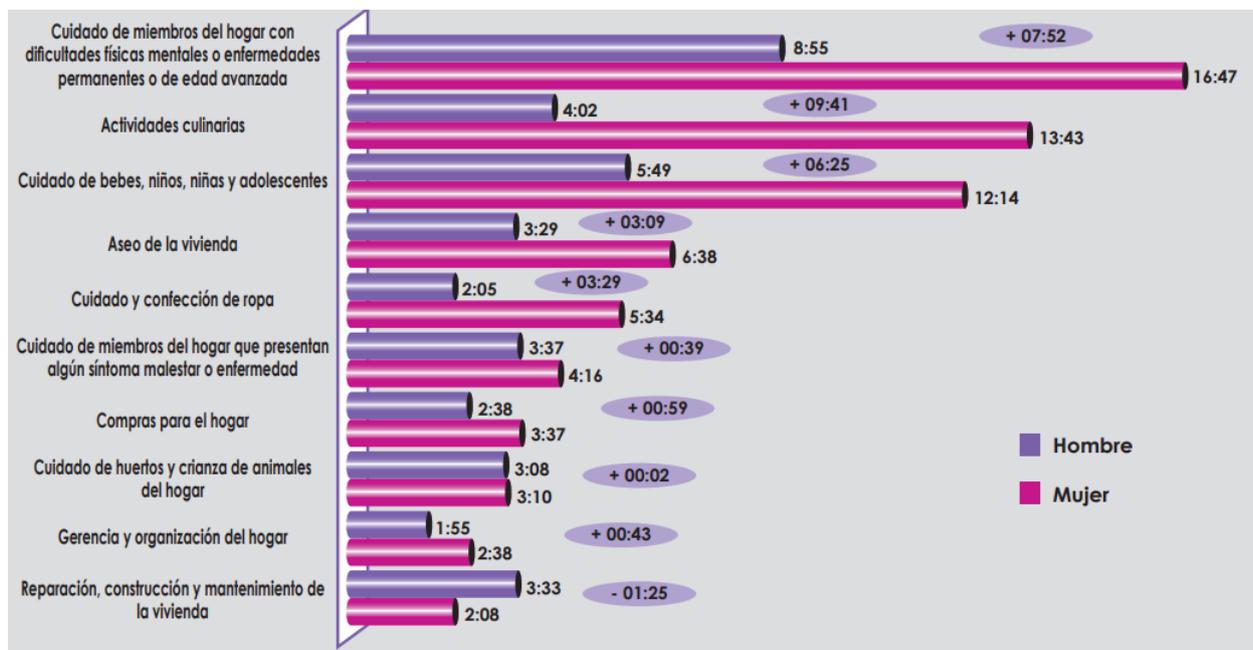
- Los Estados latinoamericanos no proveen una correcta oferta de cuidados a su población ya que colocan esta responsabilidad intrínsecamente en las familias, sobre todo en la mujer de la familia, ya que estas van a cubrir las carencias del Estado.
- La familia fue vista y sigue siendo vista como uno de los pilares fundamentales para la sociedad, sea para:
  - Formar y educar a los individuos que de estas salen - niños y jóvenes (Montoya, Zapata y Cardona, 2002).
  - Satisfacer las necesidades básicas como las fisiológicas relacionadas al hambre, sed, sueño, sexo, entre otros; seguridad y protección contra riesgos - haciendo alusión a la tranquilidad de tener un espacio seguro privado donde se pueda brindar cuidados para los familiares; y la emocional la cual hace referencia a los vínculos afectivos por parentesco o pertenencia en la familia (Maslow *apud* Ander-Egg, 2009).
- El mercado cumple la función, privada, de proveer servicios de cuidado remunerados. Si bien estos servicios privados ofrecen una alternativa ante la oferta del Estado, esto también nos permite observar dos carencias:
  - Desde la perspectiva del Estado, nos deja ver la insuficiencia de respuesta ante los servicios de cuidado, debido a que estos se encuentran en “fase de desarrollo” y colocan la mayor responsabilidad en las familias.
  - Desde la perspectiva de la mujer, se encuentra en una duplicidad laboral: por un lado, está el tiempo dedicado autonomía económica, profesional y social al integrarse al mundo del mercado; y, por otro lado, está el tiempo utilizado para las labores del cuidado del hogar, debido a la disparidad

en la dedicación del tiempo del cuidado entre hombres y mujeres.

- El tercer sector o *not-for-profit sector*<sup>2</sup> conformados por Asociaciones, Fundaciones, Iglesias, Centros de comunidad, entre otros, se encargan de cubrir esa carencia de respuesta del Estado para la oferta del cuidado. Sin embargo, sus actividades son complementarias a lo que ofrece una familia ya que se encuentran limitados por la falta de presupuesto, o falta de donaciones; un bajo “salario”, ya que es un trabajo voluntario; y la percepción de los cuidadores en la balanza personal entre realizar buenas acciones en favor de la comunidad y la rentabilidad económica (Razavi, 2007).

El siguiente gráfico nos ofrece el elemento en común que conecta todas estas variables en la formulación de políticas públicas de cuidados: la familia, principalmente las mujeres, es la principal entidad responsable de la oferta de cuidados. Especialmente cuando resaltamos la dedicación de tiempo que realizan las mujeres en los trabajos de cuidado en el marco de los hogares y fuera de ellos también.

**Gráfico 1** – Promedio de horas a la semana que la población peruana mayor a 12 años le dedica a actividades domésticas no remuneradas, por sexo, 2010.



Fuente: Extraído de Freyre Valladolid y López Mendoza, Brechas de Género en el Uso del Tiempo (2011), en base a la información de INEI, Encuesta Nacional del Uso del Tiempo, 2010.

<sup>2</sup> Traducido al español significa “sector sin ánimo de lucro” o “sector voluntario”, formando parte del Diamante del Cuidado, o Diamond Care (Razavi, 2007) en conjunto con el Estado, familia y mercado.

Siendo el Gráfico 1 representativo para el caso peruano, la siguiente Tabla muestra las similitudes para toda América Latina, en la cual predomina una inversión no remunerada del 75% en promedio hacia actividades del cuidado y trabajo doméstico.

**Tabla 1** – Uso del tiempo de las mujeres a las labores del cuidado y domésticas en América Latina, 2018.

País	Personas ocupadas (En millones)	Tiempo dedicado al trabajo doméstico y de cuidados no remunerado (En millones de horas semanales)	Porcentaje del tiempo dedicado al trabajo doméstico y de cuidados no remunerado que recae en las mujeres (En porcentajes)	Puestos de trabajo de tiempo completo necesarios para realizar el trabajo no remunerado (En millones)
América Latina	237	8 417	75,0	199
Argentina	11	740	76,2	19
Brasil	91	2 358	71,3	60
Chile	8	375	71,7	9
Colombia	22	707	78,5	16
Costa Rica	2	101	72,1	2
Ecuador	6	227	81,5	5
El Salvador	3	121	77,0	3
Guatemala	6	197	88,8	5
Honduras	3	81	85,6	2
México	59	2 684	75,6	59
Panamá	2	38	74,0	1
Paraguay	3	78	77,7	2
Perú	15	513	73,8	11
República Dominicana	4	135	82,0	3
Uruguay	2	62	72,4	2

Fuente: Extraído de CEPAL, La sociedad del cuidado: horizonte para una recuperación sostenible con igualdad de género.

Aunque se hayan logrado ciertos avances, lentos, como pueden ser “desarrollo de servicios de cuidado, las licencias y permisos parentales para ejercer el cuidado, medidas [...] de conciliación entre vida laboral y familiar, bonos para ejercer el cuidado [...]” (Batthyány, 2015, p.14), no es lo suficiente para quitar protagonismo a la gran actividad de cuidados que se hace en la familia, principalmente a cargo del tiempo y energías de las mujeres.

De igual forma, entendemos que el mercado es un ambiente donde las mujeres quieren ingresar, sin embargo, pese a que muchas de estas han logrado entrar a puestos de trabajo y obtener una autonomía económica, esto no les permite escapar al tiempo que “naturalmente” le dedican al trabajo no remunerado del cuidado, debido a que la distribución del tiempo en el cuidado de hombres y mujeres es desfavorable para estas últimas quienes obligatoriamente continúan ejerciendo la labor del cuidado sea porque el Estado no provee servicios de cuidado óptimos o porque no tienen recursos suficientes para delegar esa labor a un tercero, es decir el mercado.

Es a través de ese último punto que se puede analizar, tanto de Rossel (2016) como de Batthyány (2015), acerca de la feminidad de la pobreza.

Esto hace referencia a varios elementos que guardan un impedimento en común: la disponibilidad y el uso del tiempo en diferentes actividades para hombres y mujeres. Mientras que los hombres están completamente enfocados en el trabajo remunerado y envueltos en el papel de “proveedores de recursos para el hogar”, las mujeres tienen diferentes desafíos a los que enfrentarse.

Primeramente, se encuentran con la falta de reconocimiento de las actividades del cuidado como una labor fundamental para la sobrevivencia de la sociedad, siendo aún más demeritorio cuando además de ser no remunerado, también se le considera una tarea “natural” de ellas.

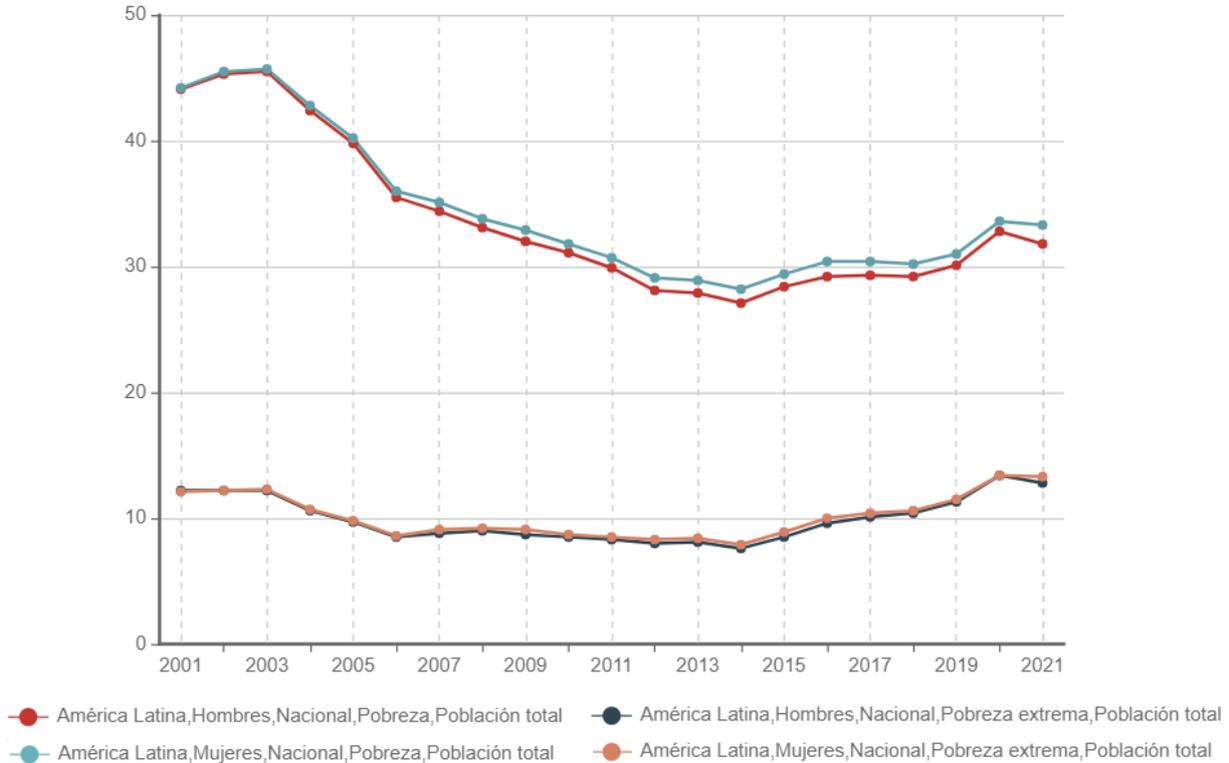
En segundo lugar, se encuentran con la inversión del tiempo, ya que muchas de ellas se encuentran ejerciendo labores de cuidado en el hogar o realizando labores domésticas.

En tercer lugar y de manera cultural, está la inequidad distributiva del tiempo en las labores del cuidado entre hombres y mujeres debido a roles impuestos por la sociedad debido a su género.

Y, por último, se encuentra el uso del tiempo de las mujeres. Este último punto, el cual será mejor representado en el siguiente gráfico, nos hace reflexionar acerca de la “emancipación” de las mujeres. Si bien estas pueden conseguir entrar al mundo del mercado y conseguir una autonomía económica, esto no les va a separar de las labores “naturales” del cuidado a las que están acostumbradas a realizar. Lo mismo ocurriría si las mujeres optasen por lograr una capacitación educativa, profesional, etc, ya que también se verían envueltas en la misma situación inherentes a su género acerca de la dedicación a las labores del cuidado y del hogar.

Todo ello guarda un elemento en común: a diferencia de los hombres, las mujeres van a encontrarse un paso adelante en la escala de pobreza y pobreza extrema por su poca integración en el mundo del mercado y por su poco desarrollo personal, profesional, etc, hacia otras áreas alejadas del cuidado.

**Gráfico 2** – Porcentaje de mujeres y hombres en situación de pobreza y pobreza extrema en América Latina, 2000-2021.



Fuente: Extraído de CEPALSTAT, Estadísticas e Índices Demográficos y Sociales. Consultado en septiembre del 2023.

Podemos observar cómo la población femenina tiende a estar un paso adelante en la escala de pobreza y pobreza extrema, exceptuando en el año 2019. Sin embargo, en el 2020 esta escala retorno en contra de las mujeres por la intensificación del coronavirus (COVID-19) la cual requería aún más de la participación de las mujeres en los cuidados causados por esta problemática sanitaria global. Adicionalmente esto contesta a una pregunta acerca de la disponibilidad monetaria para adquirir o contratar un servicio de cuidado privado, para la cual se responde negativamente, haciendo que muchas mujeres en pobreza (32,8% en 2021) y pobreza extrema (13% en 2021) opten por realizar las labores de cuidado por sí mismas.

Actualmente estamos en una época donde las mujeres están teniendo más participación en el mercado laboral, motivadas por la autonomía que estas desean conseguir y demostrar sus capacidades en otras áreas más allá de “la labor natural del cuidado”. Es por ello, que nos encontramos experimentando una crisis del cuidado.

Esta crisis también tiene sus bases en los flujos migratorios, más específicamente en el crecimiento del sector terciario del Norte Global, es decir los

servicios, y la transferencia de la mano de obra desde el Sur Global (Beneria *apud* Ferro, 2020).

Al tener la palabra “servicios” no podemos evitar la inminente asociación con los servicios de cuidado, a la cual pertenece. Sin embargo, también podemos hacer una inferencia acerca de las condiciones laborales<sup>3</sup> del trabajo<sup>4</sup> femenino en una nueva región, la cual Ferro (2020) tiene una afirmación al respecto de ello:

[...] se intenta conseguir servicios de cuidados de migrantes internacionales y en algunos casos de connacionales más pobres - sin pagar salario por ello. Consiste básicamente en hacer trueque de alojamiento y comida a cambio de trabajos de cuidados, liberando a la trabajadora algunas horas diarias o semanales para que realice otras actividades de estudios o remuneradas (Ferro, 2020, p. 94).

Adicionalmente a este panorama, nos encontramos con que los flujos migratorios están feminizados, colocando la mira sobre Europa y América del Norte. La palabra “feminizado” tiene múltiples conexiones con el flujo migratorio, pero a modo de recorte, hace referencia a la dominación migratoria por parte de las mujeres en trabajos, especialmente, del sector terciario, en la cual resalta la labor del cuidado o, su análogo confundido, la labor doméstica.

Esto es analizado por Pizarro (2011) para el caso español:

[...] la llegada de inmigrantes a España coincide con la entrada en el mercado de trabajo de una generación de mujeres que ha avanzado significativamente en sus niveles de instrucción, en comparación a generaciones anteriores. El acceso de las mujeres españolas al mercado de trabajo y la constitución de núcleos familiares de doble ingreso, en un país donde la ayuda estatal a las familias es prácticamente inexistente, han creado una demanda, inédita hasta entonces, por mujeres que trabajen en el servicio doméstico y en el cuidado de ancianos y menores, nicho que ha sido cubierto por las inmigrantes (Pizarro, 2011, p. 34).

Para comprobar las aportaciones de los autores mencionados, en el siguiente gráfico en base a los datos de *International Migrant Stock* de la UNDESA<sup>5</sup>, se observa como en América Latina el flujo migratorio es considerablemente mayor hacia Europa y el Norte de América, Estados Unidos principalmente, siendo sucedido por un flujo migratorio entre vecinos del sur<sup>6</sup>.

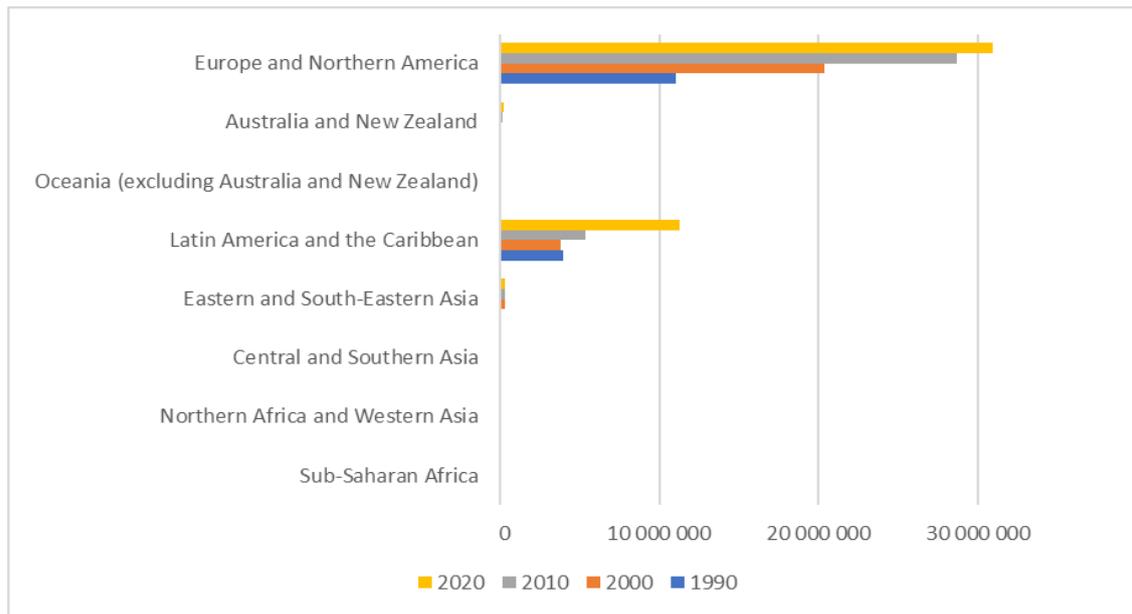
<sup>3</sup> En el ámbito de la crisis de cuidados, según Ferro (2020), el término “laboral” se basa en las formas contractuales que viabilizan la correcta ejecución de un empleo. En otras palabras, es representada por legislaciones, derechos y obligaciones.

<sup>4</sup> En el ámbito de la crisis de cuidados, según Ferro (2020), el término “trabajo” se refiere al esfuerzo físico y mental, remunerados o no, que se hace en beneficio de uno mismo o en beneficio de otras personas.

<sup>5</sup> Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas.

<sup>6</sup> Este flujo llamado “sur-sur” (Pizarro, 2011) se explica debido a los avances, lentos pero presentes, que tiene el Mercado Común del Sur (MERCOSUR) en los países latinoamericanos. Impulsando, de cierta manera, el

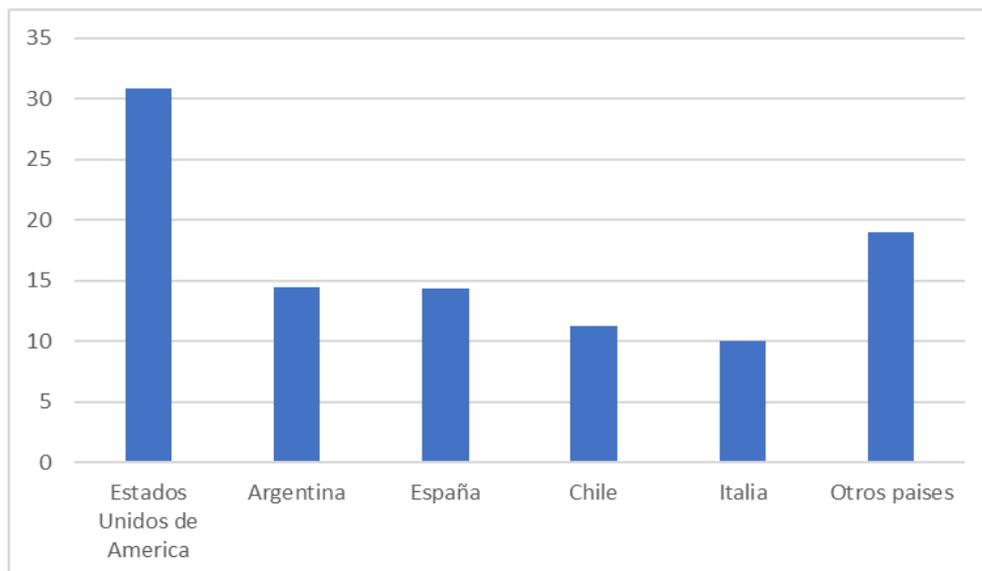
**Gráfico 3 – Destinos migratorios de la población latinoamericana, 1990-2020.**



Fuente: Elaboración del autor, con base en la información de *International Migrant Stock*.

El caso peruano no escapa a esta regla. Según la INEI (2020) se registró que la mayor parte de la emigración peruana se dirigió a los Estados Unidos (30,8%), sucedido de un país vecino del sur, Argentina (14,5%). Pero Europa también tuvo su participación muy ligeramente inferior a Argentina, es decir, abarcó un 14,4% de la inmigración peruana.

**Gráfico 4 – Destinos de la emigración peruana, 2018.**



Fuente: Elaborado por el autor en conformidad con INEI, Perú: Estadísticas de la Emigración Internacional de Peruanos e Inmigración de Extranjeros, 1999 - 2018.

flujo migratorio para otros países del mismo idioma de origen con motivos, principalmente, de obtener una mejor inserción laboral.

Y cuando queremos comprobar acerca de la notoria participación femenina en el sector de cuidados mencionado por los autores, la siguiente tabla lo deja evidente.

**Tabla 2** – Principales cargos de ocupación de la población emigrante peruana mayor a 14 años, por sexo, 2018.

Categoría de Ocupación	Mujeres		Hombres	
	Absoluto	%	Absoluto	%
Total	1 459 364	52,0	1 347 467	48,0
Estudiante	297 535	48,5	315 939	51,5
Empleados de Oficina	153 938	41,9	213 455	58,1
Trabajadores de servicios, vendedores de comercio y mercado	124 769	37,8	205 308	62,2
Amas de casa	297 028	97,7	6 992	2,3
Profesionales, Científicos e Intelectuales	138 610	53,1	122 425	46,9
Técnicos y profesionales de nivel medio	55 350	36,8	95 058	63,2
Agricultores, Agropecuarios y Pesqueros	1 200	4,2	27 374	95,8
Jubilados o Pensionistas	7 553	34,7	14 214	65,3
Fuerzas Armadas	511	8,1	5 801	91,9
Oficiales y operarios, artesanos de artes mecánicas y otros	1 712	29,4	4 110	70,6
Miembros del Poder Ejecutivo, Legislativo, de Estado y Administración Pública	322	30,3	741	69,7
Operadores de instalaciones y máquinas montadoras	17	13,1	114	86,9
Otros	151 812	56,2	118 335	43,8
No específica	229 007	51,3	217 401	48,7

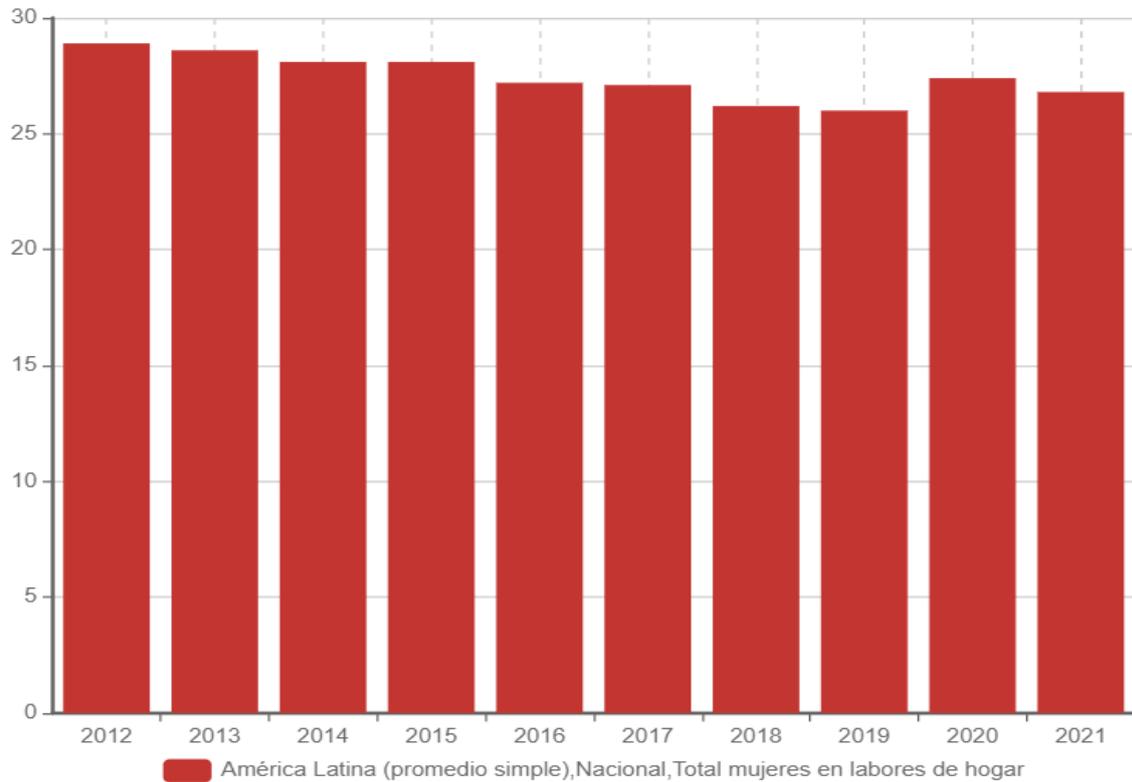
Fuente: Extraído de INEI, Perú: Estadísticas de la Emigración Internacional de Peruanos e Inmigración de Extranjeros, 1999 - 2018.

Los hombres tienen una ocupación, principalmente, en la vida estudiantil, 315.939 hombres, seguido por labores de oficina, 213.455 hombres, y de comercio, 205.308 hombres. En contraste, las mujeres tienen una no muy diferenciada participación entre la vida estudiantil, 297.535 mujeres, y las labores domésticas, 297.028 mujeres.

No debemos olvidar que, la crisis del cuidado no es más que “un síntoma de emancipación de las mujeres” (Montaño *apud* Batthyány, 2015, p.14). En otras palabras, es la “liberación” femenina y su ampliación de roles a campos más allá del cuidado y del doméstico. Pero este proceso de emancipación deja expuesto un déficit en la respuesta del Estado para la oferta de cuidados, a causa de la paulatina disminución de la disponibilidad de la participación femenina en el cuidado.

Esta caída de la disponibilidad de la mujer en las labores del cuidado se puede ver en la interacción de los siguientes gráficos, los cuales ofrecen una respuesta: Mientras más mujeres participan de actividades económicas, menos mujeres disponen de tiempo exclusivo para las labores del hogar.

**Gráfico 5** – Porcentaje de mujeres con dedicación exclusiva a las labores del hogar en América Latina, 2012-2021.

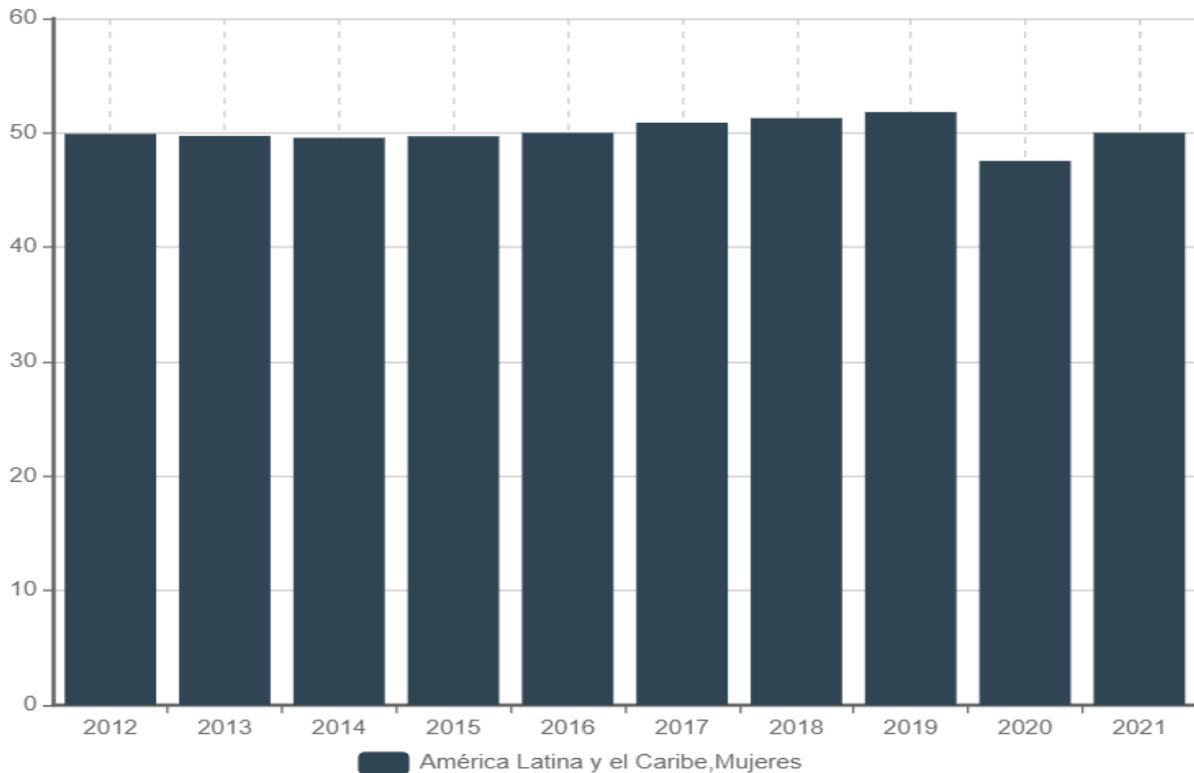


Fuente: Extraído de CEPALSTAT, Estadísticas e Índices Demográficos y Sociales. Consultado en octubre del 2023.

El caso excepcional fue la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 el cual tuvo un impacto reverso en los gráficos. Provocando que muchas mujeres, debido a la emergencia sanitaria, dedicasen más tiempo a las labores del hogar y del cuidado, de 26% en 2019 a 27,4% en 2020, en contraposición al abandono de su participación en las actividades económicas, de 51,8% en 2019 a 47,6% en 2020.

Aunque no pueda verse como un impacto notable, debido al aumento de 1,4% para la dedicación a labores del hogar y el cuidado, y una reducción de 4,2% sobre la participación femenina en actividades económicas, esta comparativa se hace con la intención de resaltar la “obligación natural” que tienen las mujeres en edad de trabajar para poder atender las demandas del cuidado y del hogar, sacrificando hasta cierto punto sus otras actividades y/o vocaciones ante una situación de extrema emergencia como fue la pandemia del COVID-19.

**Gráfico 6** – Tasa de participación de las mujeres en actividades económicas en América Latina, 2012-2021.



Fuente: Extraído de CEPALSTAT, Estadísticas e Índices Demográficos y Sociales. Consultado en octubre del 2023.

Adicionalmente nos queda el factor demográfico, o más concretamente, el envejecimiento poblacional. Tanto Turra y Fernandes (2021) como Rossel (2016) afirman que este proceso ya está ocurriendo en las sociedades de gran parte del mundo incluyendo a nuestra región, debido a los cambios ocasionados por un escenario de una tasa alta de natalidad, y mortalidad en contraste con una baja expectativa de vida hasta inicios del siglo pasado, hacia una baja tasa de natalidad y mortalidad en contraposición a una alta expectativa de vida que experimentamos a escala regional actualmente pero con diferentes ritmos y marcos temporales dependiendo del caso nacional analizado.

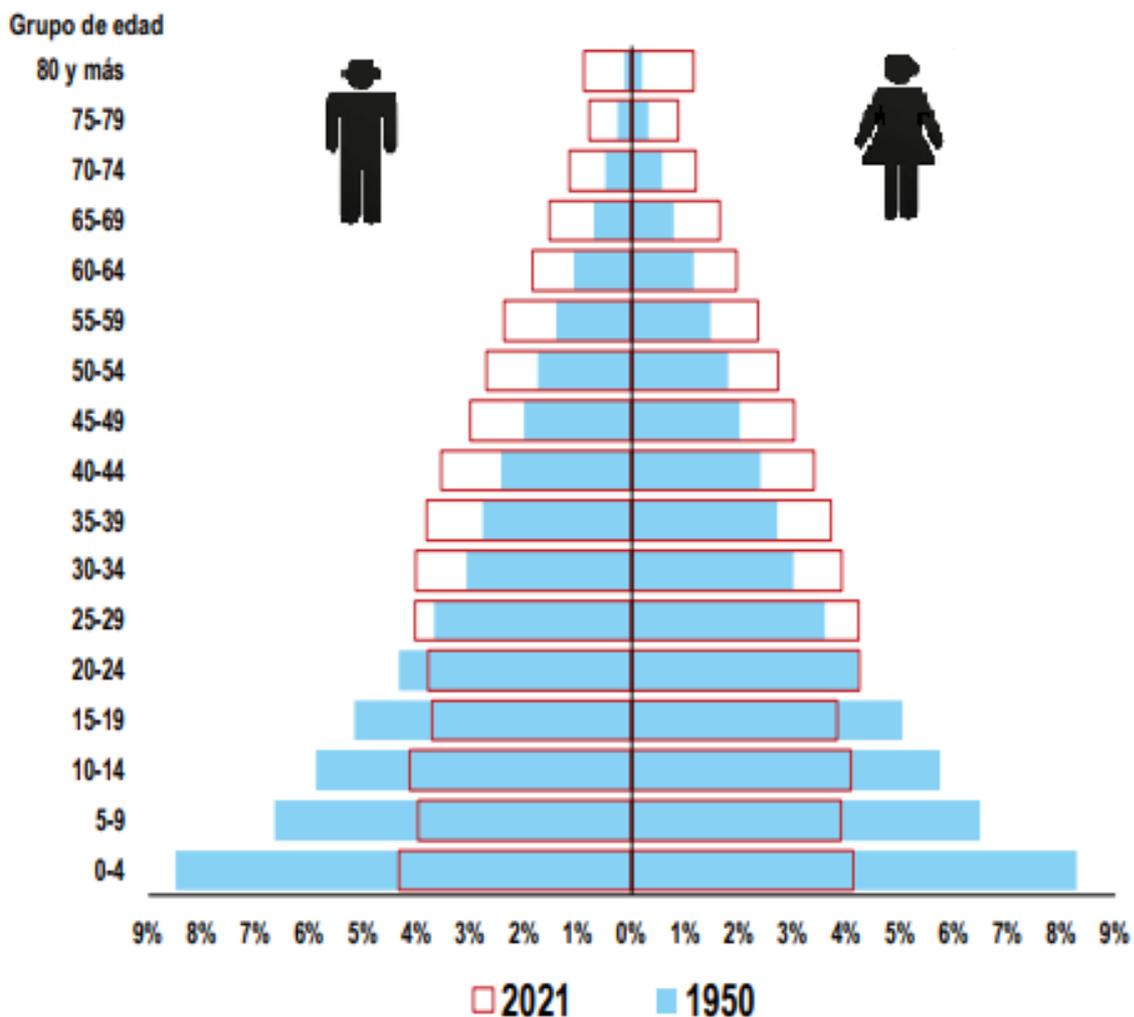
Rossel (2016) nos lo explica de la siguiente manera:

Los cambios demográficos que viene experimentando América Latina son uno de los factores que contribuyen a la denominada “crisis del cuidado” e imponen desafíos ineludibles a las dinámicas y políticas de cuidado. En las últimas décadas se registran profundos cambios en la estructura de edades en las sociedades latinoamericanas, producto del descenso de la fecundidad y la mortalidad. Como resultado, las relaciones de dependencia se están modificando y [...] sumado a esto, en los próximos 35 años el peso relativo de la población adulta mayor aumentará en forma muy marcada, lo que se traducirá en un incremento significativo de [...] las demandas de cuidado [...] entre la población adulta mayor. [...] Este aumento en las demandas incrementará la presión sobre los servicios de salud especializados en la atención de esta población, así como de servicios de cuidado (Rossel, 2016, p.7).

La consecuencia de una baja natalidad es la poca cantidad de niños y jóvenes que existirán en el futuro inmediato. La baja tasa de mortalidad y la alta expectativa de vida se verá más reflejada en la población adulta mayor, la cual tendrá un menor riesgo de morir y al mismo tiempo serán más longevos.

Habiendo colocado este panorama demográfico, social, cultural y político, este trabajo se situará en el caso nacional peruano, el cual es nuestro país objetivo. Se analizarán los efectos de la transición demográfica, la problemática del envejecimiento y las políticas públicas que incluyen servicios de cuidado, que incluyen al sector salud, educación, protección social, sistemas de pensiones, entre otros, enfocadas principalmente a la Población Adulta Mayor (PAM), ya que son estos últimos según Rossel (2016), la nueva franja etaria más relevante dentro de este fenómeno demográfico, como se representa en el siguiente gráfico.

**Gráfico 7** – Envejecimiento de la población peruana en 1950 y 2021.



Fuente: Extraído de Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

Por lo expuesto, se elaboraron los siguientes interrogantes:

¿Está preparado el Estado peruano para afrontar la demanda presente y proyectada de cuidados en la población adulta mayor?

¿Existen suficientes programas públicos para sostener la demanda de cuidados en la población adulta mayor?

En términos cualitativos y cuantitativos, ¿cómo responde la infraestructura pública de cuidados peruana ante la demanda actual de la población adulta mayor?

El presupuesto, ¿Está debidamente distribuido para la satisfacción de las demandas de cuidados de la población adulta mayor?

¿Cómo puede intervenir el Estado peruano para mejorar la oferta de servicios de cuidado en la población adulta mayor?

¿Cuál es la relación entre la caída de disponibilidad de las mujeres como cuidadoras familiares no remuneradas y la creciente demanda de servicios públicos de cuidados?

Como casos de estudios fueron examinados diferentes acciones públicas destinadas a la PAM peruana, entre ellas están programas bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud (MINSA) como el Seguro Integral de Salud (SIS) y el Seguro Social de Salud (EsSalud); programas gestionados por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) como el Programa Nacional para el Bienestar Familiar (INABIF) y el Programa Nacional para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres e Integrantes del grupo familiar (AURORA); programas de protección social a cargo del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) como la red *Amachay*<sup>7</sup>, el Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65, y el Programa Nacional de entrega de la pensión no contributiva a personas con discapacidad severa en situación de pobreza (CONTIGO); sistemas previsionales tanto públicos, gestionados por la Ministerio de Economía y Finanzas, como privados gestionados por la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradora Privada de Fondo de Pensiones (SBS); y por último programas que responden indirectamente al cuidado a cargo del Ministerio de Educación (MINEDU) como el programa de Educación Básica Alternativa (PEBAJA) y de Alfabetización (PA).

---

<sup>7</sup> Proveniente de una de las principales lenguas nativas del Perú, el Quechua, y significa “cuidar” o “proteger”.

La importancia del tema está fundamentada en el acuerdo que tiene Perú, como país miembro, y la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sustentable (ODS).

Perú es partícipe de este tratado internacional desde el 25 de septiembre de 2015, realizado en la cumbre de las Naciones Unidas en Nueva York, en la cual existe un compromiso con otros 193 países miembros para cumplir, hasta 2030, con 17 objetivos y 169 metas establecidas por esta agenda (Perú, 2016). Tanto los objetivos como las metas tienen un carácter integral, es decir, abarcan todas las esferas posibles de una población, sean estas económicas, políticas, sociales, ambientales, etc, dentro de las cuales están sub incluidas: la erradicación de la pobreza extrema, reducción de la desigualdad en todas sus dimensiones, crecimiento económico inclusivo, trabajo decente para todos, cambio climático, etc (CEPAL, 2018).

Siendo más concretos, a través de este tratado internacional es que se puede comprobar la capacidad de respuesta del Estado peruano en brindar mejoras a la calidad de vida de la población, en este caso la PAM. Representado en el siguiente cuadro, se realizó un análisis interpretativo acerca de los ODS dirigidos a ayudar a los adultos mayores y las entidades gubernamentales que tienen una participación directa y resaltante con estos objetivos y metas. Se destacan aquí los siguientes objetivos: la reducción de la desigualdad, expresada en el recibimiento de la PAM en el ámbito social y en el reconocimiento de sus derechos en el ámbito jurídico; la protección social, reflejada en los servicios de cuidado que son destinados para la PAM, siendo estos de salud, asistencia social, educación, previsional, etc; el desarrollo sostenible, representado en las respuestas del Estado, a través de sus programas públicos, políticas y diseño de infraestructura pública, para satisfacer las demandas de la PAM; entre otros.

**Cuadro 1** – Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionados con la PAM.

ODS	METAS	POTENCIALES ENTIDADES PÚBLICAS
-----	-------	--------------------------------

<p>ODS 1</p> <p>Poner fin a la pobreza y garantizar la protección social.</p>	<p>Meta 1.1</p> <p>De aquí a 2030, erradicar para todas las personas y en todo el mundo la pobreza extrema. Actualmente se considera que sufren pobreza extrema las personas que viven con menos de 1,25 dólares de los Estados Unidos al día.</p> <hr/> <p>Meta 1.2</p> <p>De aquí a 2030, reducir al menos a la mitad la proporción de hombres, mujeres y niños de todas las edades que viven en la pobreza en todas sus dimensiones con arreglo a las definiciones nacionales.</p> <hr/> <p>Meta 1.3</p> <p>Implementar a nivel nacional sistemas y medidas apropiados de protección social para todos, incluidos niveles mínimos, y, de aquí a 2030, lograr una amplia cobertura de las personas pobres y vulnerables.</p>	<p><b>Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS)</b></p> <p><b>Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP)</b></p> <p>Ministerio del Trabajo y Promoción del Empleo (MTPE)</p> <p>Ministerio de Salud (MINSa)</p>
<p>ODS 3</p> <p>Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.</p>	<p>Meta 3.8</p> <p>Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos.</p>	<p><b>Ministerio de Salud (MINSa)</b></p> <p>Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS)</p> <p>Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP)</p> <p>Ministerio de Economía y Finanzas (MEF)</p> <p>Ministerio de Educación (MINEDU)</p>
<p>ODS 5</p> <p>Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas.</p>	<p>Meta 5.4</p> <p>Reconocer y valorar los cuidados y el trabajo doméstico no remunerados mediante servicios públicos, infraestructuras y políticas de protección social, y promoviendo la responsabilidad compartida en el hogar y la familia, según proceda en cada país.</p>	<p><b>Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP)</b></p> <p>Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (MINJUSDH)</p> <p>Ministerio del Interior (MININTER)</p>

<p>ODS 8</p> <p>Crecimiento económico y trabajo decente para todos.</p>	<p>Meta 8.3</p> <p>Promover políticas orientadas al desarrollo que apoyen las actividades productivas, la creación de puestos de trabajo decentes, el emprendimiento, la creatividad y la innovación, y fomentar la formalización y el crecimiento de las microempresas y las pequeñas y medianas empresas, incluso mediante el acceso a servicios financieros.</p>	<p><b>Ministerio del Trabajo y Promoción del Empleo (MTPE)</b></p> <p><b>Ministerio de Economía y Finanzas (MEF)</b></p> <p>Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS)</p> <p>Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP)</p>
	<p>Meta 8.5</p> <p>De aquí a 2030, lograr el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todas las mujeres y los hombres, incluidos los jóvenes y las personas con discapacidad, así como la igualdad de remuneración por trabajo de igual valor.</p>	
<p>ODS 10</p> <p>Reducir las desigualdades.</p>	<p>Meta 10.2</p> <p>De aquí a 2030, potenciar y promover la inclusión social, económica y política de todas las personas, independientemente de su edad, sexo, discapacidad, raza, etnia, origen, religión o situación económica u otra condición.</p>	<p><b>Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS)</b></p> <p>Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (MINJUSDH)</p> <p>Ministerio del Interior (MININTER)</p>
	<p>Meta 10.3</p> <p>Garantizar la igualdad de oportunidades y reducir la desigualdad de resultados, incluso eliminando las leyes, políticas y prácticas discriminatorias y promoviendo legislaciones, políticas y medidas adecuadas a ese respecto.</p>	
<p>ODS 16</p> <p>Paz, Justicia e Instituciones Sólidas.</p>	<p>Meta 16.b</p> <p>Promover y aplicar leyes y políticas no discriminatorias en favor del desarrollo sostenible.</p>	<p><b>Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP)</b></p> <p>Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (MINJUSDH)</p> <p>Ministerio del Interior (MININTER)</p>

Fuente: Elaboración del autor, con información de obtenida en: Marco de Cooperación de las Naciones Unidas para el Desarrollo en el Perú: 2017-2021 (Naciones Unidas Perú, 2017), Marco de Cooperación para el Desarrollo Sostenible 2022-2026 (Naciones Unidas Perú, 2021) y también con Rudge (2020).

Sin desconsiderar la importancia y transversalidad de los demás ministerios, se puede observar una amplia intervención por parte del MIDIS y del MIMP, debido a que son estos últimos ministerios quienes lidian con problemas sociales como la violencia, pobreza, desempleo, calidad de vida y protección social, además de ello se

encargan de priorizar a un cierto sector de la población vulnerable (MIMP) y la inclusión social de toda la población para la accesibilidad de los servicios públicos (MIDIS), teniendo en común la preocupación por la población adulta mayor peruana.

Adicionalmente al tema, si bien el MIDIS y el MIMP en compañía de otros ministerios se enfocan a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, los ODS 5, 10 y 16 nos recuerdan la existencia de:

- La participación peruana en la Convención Americana sobre los Derechos Humanos o "Pacto de San José" la cual fue ratificada en Perú el 28 de julio de 1978 donde se establece la plena garantía de derechos y libertades de la población y el compromiso de los Estados participantes a ejecutar medidas para hacer efectiva el goce de estos derechos y libertades (Corte IDH, 2019).
- La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores ratificada el 15 de junio de 2015 en el cual se dispone la plena garantía de derechos y libertades de la PAM mientras que al mismo tiempo instruye acerca de la creación de medidas gubernamentales para favorecer la inserción de los adultos mayores en la sociedad, sean estas: acciones contra la discriminación, abandono, violencia, maltrato y promoción de programas de protección social a la PAM (Organismo de los Estados Americanos, 2015).
- La Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, ratificada en Perú el 30 de agosto de 2001, que guarda similitudes con la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, aunque si bien está escrita la palabra "discapacidad" y puede ser aplicada a toda la población que sufra alguna deficiencia física, mental o sensorial (Organismo de los Estados Americanos, 1999), los adultos mayores son más propensos a contraer una discapacidad a medida que el flujo de la vida avanza mientras que inversamente las resistencias físicas, mentales o sensoriales suelen ser más débiles (Rossel, 2016).

## 2 COMPRENDIENDO EL PANORAMA DEMOGRÁFICO LATINOAMERICANO Y PERUANO

La transición demográfica está teniendo impactos alrededor del mundo, y en Perú no es la excepción. Este proceso conlleva a una modificación en las tasas de mortalidad, natalidad y expectativas de vida, debido a ello, las franjas etarias se ven alteradas a causa de este fenómeno. Saber la dinámica e interacción de estas tres variables nos servirá para medir, demográficamente, la intensidad de la transición demográfica y conocer cuánto ha impactado en un determinado país.

La tasa de natalidad es un coeficiente que se calcula entre el número medio de nacimientos de un periodo y la población media del mismo periodo; la tasa de mortalidad se obtiene entre el número medio de fallecimientos de un periodo y la población media del mismo periodo; y la expectativa de vida, o esperanza de vida al nacer, se calcula mediante un “balance” entre las dos tasas mencionadas anteriormente, analizando el tiempo de vida de una persona desde que nace hasta su fallecimiento provocado por ciertos riesgos, la cual puede venir en distintas formas como pueden ser las enfermedades u otros problemas de salud (CEPAL, 2012).

Para evidenciarlo aún más, se analizará el proceso demográfico a través de la denominada etapa pre transicional, la cual ocurre antes y a inicios de la década de 1950, y la etapa post transicional, refiriéndose a los años posteriores de la década 1950 hasta la actualidad. Según Pérez Brignoli (2022) la etapa pre transicional se centra en una combinación de altas tasas de mortalidad y natalidad, mientras que la etapa post transicional se caracteriza por concentrar bajas tasas de mortalidad y natalidad. En otras palabras, el flujo demográfico experimentado tanto en América Latina como el resto del mundo, se basa en la alternancia entre la alta mortalidad y natalidad que existía durante la década de 1950, y la caída en los niveles de mortalidad y natalidad que se vinieron generando durante el transcurso de los años posteriores a 1950.

En base a Pérez Brignoli (2022) los fundamentos para explicar estos cambios en la población son los siguientes:

La explicación del descenso de la mortalidad se vincula a mejoras en la nutrición, la salud pública, las prácticas de higiene y los avances en la medicina. [...] El descenso en la fecundidad, por su parte, depende de cambios tanto en la conducta individual como en la grupal, incluyendo la modificación en la escala de valores que condujo a controlar el número deseado y efectivo de hijos. [...] La transición demográfica es un aspecto de carácter global, interactivo y acumulativo de tres fuerzas en juego: el

capital, el Estado moderno y la ideología racionalista del mundo occidental (Pérez Brignoli, 2022, p.24).

Además de un avance científico en las medidas de salud y un cambio de mentalidad sobre el control de la cantidad de hijos deseados, Pérez Brignoli (2022) nos informa cómo los Estados latinoamericanos han ido experimentando distintos momentos en sus transiciones demográficas. Mientras que algunos transitaban por un cambio de la natalidad y mortalidad durante inicios del siglo XX hasta la década de 1950 (transición temprana), otros lo evidenciaban alrededor de la década de 1950 (transición típica) y otros lo experimentaron de forma más detallada a comienzos del siglo XXI (transición tardía). Esto se ve representado en el siguiente cuadro resumiendo la información obtenida del autor mencionado.

**Cuadro 2 – Tipología de las transiciones demográficas.**

TIPO DE TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA	CARACTERÍSTICAS	PAÍSES
Transición temprana	La tasa de mortalidad desciende desde finales del siglo XIX hasta la década de 1950. En contraste, la tasa de natalidad declina también desde finales del siglo XIX continuando su trayecto decrecido hasta mediados del siglo XX para después tener un declive resaltante cerca de la década de 1980. Consecuentemente, se obtiene una trayectoria de descenso coincidentemente paralelas en las tasas de mortalidad y de natalidad, lo que conlleva a aumentos en las tasas de crecimiento natural, sin embargo, estas no son drásticamente altas.	Uruguay Argentina Cuba
Transición típica	Se caracteriza por un descenso continuo de la mortalidad alrededor de la década de 1920 y 1940, dependiendo el país, hasta 1980. Por otro lado, la natalidad, que acostumbra a ser muy elevada, tiende a alcanzar un punto máximo entre las décadas de 1950 y 1960, para luego tener un declive moderado en la década de 1970 y de una forma más llamativa en la década de 1980 o 1990. La tasa de crecimiento suele tener una forma de montaña, donde alcanza sus puntos máximos en la década de 1960 para luego tener una caída constante y después ir fluyendo de forma moderada entre aumentos y declives.	Costa Rica Brasil Chile Venezuela El Salvador <b>Perú</b> Ecuador México Colombia República Dominicana Puerto Rico Panamá

Transición tardía	Acostumbra a tener algunas similitudes con la transición típica, en relación al descenso de la mortalidad alrededor de 1920 a 1940 y la tasa de natalidad con puntos máximos en 1950 y 1960, pero suele tener sus declives más llamativos, tanto en la tasa de mortalidad como de la fecundidad, a finales del siglo XX.	Haití Bolivia Nicaragua Honduras Guatemala Paraguay
-------------------	--	--

Fuente: Elaboración del autor, con base en la información obtenida de Pérez Brignoli, 2022.

La forma en cómo la transición demográfica ha impactado en Europa es “pionera” para los estudios latinoamericanos. Según Pérez Brignoli (2022), América Latina ha analizado experiencias europeas en distintas revoluciones:

- La revolución epidemiológica: Debido a las grandes epidemias suscitadas durante finales del siglo XVIII y comienzos/mediados del siglo XIX, como la viruela y el cólera, los gobiernos europeos motivaron a la comunidad científica a realizar múltiples investigaciones y análisis sobre cómo lidiar con estas infecciones que ocasionan altas tasas de mortalidad y una baja expectativa de vida. Estas iniciativas gubernamentales fueron promovidas por políticas de incentivo a la indagación científica.
- La revolución verde o segunda revolución agrícola: Cuando existe una mayor población, se rompe el balance en el esquema de producción de alimentos, lo cual produce una mayor mortalidad debido a la insuficiencia de alimentos (Malthus *apud* Pérez Brignoli, 2022). Sin embargo, también está la otra cara de la moneda, cuando existe una mayor población se fuerza a sacar más provecho del uso del suelo para proveer alimentos a la población en crecimiento (Boserup *apud* Pérez Brignoli, 2022).
- La revolución Industrial: Europa experimentó, de primera mano, la Revolución Industrial desde finales del siglo XVIII, que además de traer reformas en la industria y todo lo relacionado al área urbana con respecto a la productividad, trajo reformas en las políticas sanitarias las cuales fueron las principales medidas para combatir estas epidemias y

al mismo tiempo para revertir las situaciones problemáticas que podría tener Europa en su tasa de mortalidad.

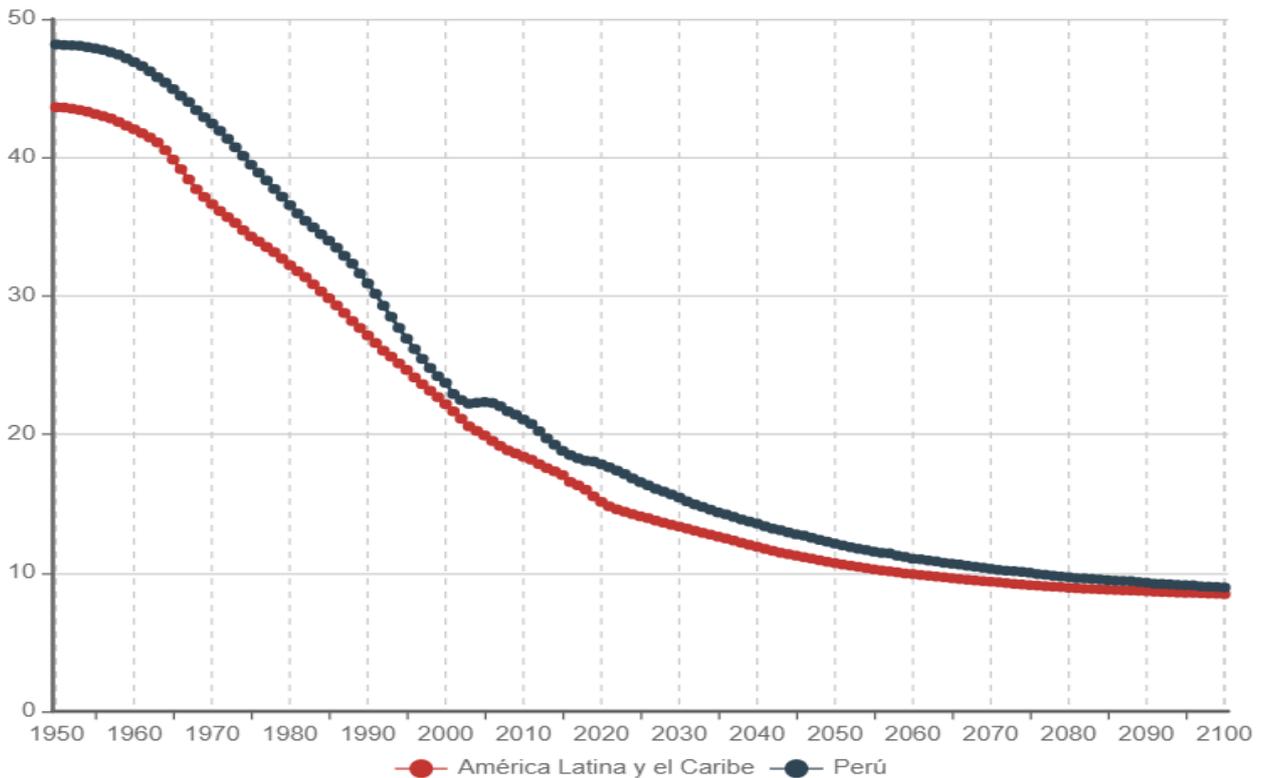
- La revolución sexual: Los métodos anticonceptivos popularizados desde mediados del siglo pasado fueron un antes y un después en las variables demográficas y en las concepciones ideológicas, mayormente católicas, acerca de la planificación familiar. Esto trajo consigo ciertos cambios en la natalidad representados en la difusión de ideas de comportamientos individuales sobre la natalidad, es decir, cambiar el modo de pensar de las personas y hacerlas reflexionar sobre cuándo y si es realmente necesario tener un hijo.
- La revolución en las relaciones de género: Las mujeres comienzan a tener más inserción en el mercado y en el empleo femenino, en contraposición, los hombres comenzaron a tener más participación en la esfera privada del hogar, ocasionando de este modo una igualdad de género tanto en el hogar como en la esfera pública, es decir el mundo del mercado (Goldscheider, Bernhard y Lappegard *apud* Pérez Brignoli, 2022).

Utilizando el banco de datos de la CEPALSTAT, se hará una comparación entre América Latina y el caso peruano para comprender las dinámicas de este proceso demográfico en sus tres pilares fundamentales: las tasas de natalidad, mortalidad y expectativa de vida en el Perú contemporánea, porque la correcta lectura de estos procesos constituye un importante insumo para el análisis de la adecuación de las políticas públicas a las mudanzas que impactan en sus destinatarios.

Representado en el siguiente gráfico, se puede observar como la tasa bruta de natalidad<sup>8</sup> peruana partía con elevadas tasas a mitad del siglo XX, estando por encima de la media general latinoamericana la cual era de 44 nacimientos por cada 1000 habitantes, en comparación a Perú que tenía una escala 6 puntos mayor. Sin embargo, el punto máximo que tiene este indicador para la década de 1950 fue decayendo con el transcurso de los años hasta llegar a una tasa considerablemente coincidente con los estándares regionales.

---

<sup>8</sup> Según la CEPAL (2012) la tasa bruta de natalidad se calcula entre la cantidad de nacimientos en promedio por año y la población en promedio del mismo año.

**Gráfico 8** – Tasa bruta de natalidad en América Latina y Perú entre los años 1950 a 2100.

Fuente: Extraído de CEPALSTAT, Estadísticas e Indicadores Demográficos. Consultado en abril del 2023.

Si siguiendo los análisis hechos por Pérez Brignoli (2022), se reafirma, en la siguiente citación, algunos elementos que contribuyeron a la caída de la tasa de natalidad:

En la mayoría de los países latinoamericanos, el descenso de la fecundidad ocurrió a partir de la década de 1970, fue muy rápido, y dependió de la introducción masiva de anticonceptivos (píldora, dispositivos intrauterinos y esterilización). [...] El aumento del empleo femenino y el progresivo empoderamiento de las mujeres son otras características a menudo asociadas al descenso de la fecundidad (Pérez Brignoli, 2022, p.233).

La segunda variable, reflejada en el próximo gráfico, es la tasa de mortalidad, donde se puede examinar lo alta que era la mortalidad peruana para la década de 1950 con una proporción de 20 defunciones por cada 1000 habitantes, superando la media establecida de esos tiempos de América Latina por 2.5 puntos.

Con el pasar del tiempo, la mortalidad fue decayendo, pero Perú tuvo un evento sorpresivo nacional y otro evento sorpresivo global que afectaron a la mortalidad:

1. El terremoto del 70 o terremoto de Ancash<sup>9</sup>: este gran desastre natural se cobró aproximadamente 70.000 vidas, alrededor de 140.000 heridos

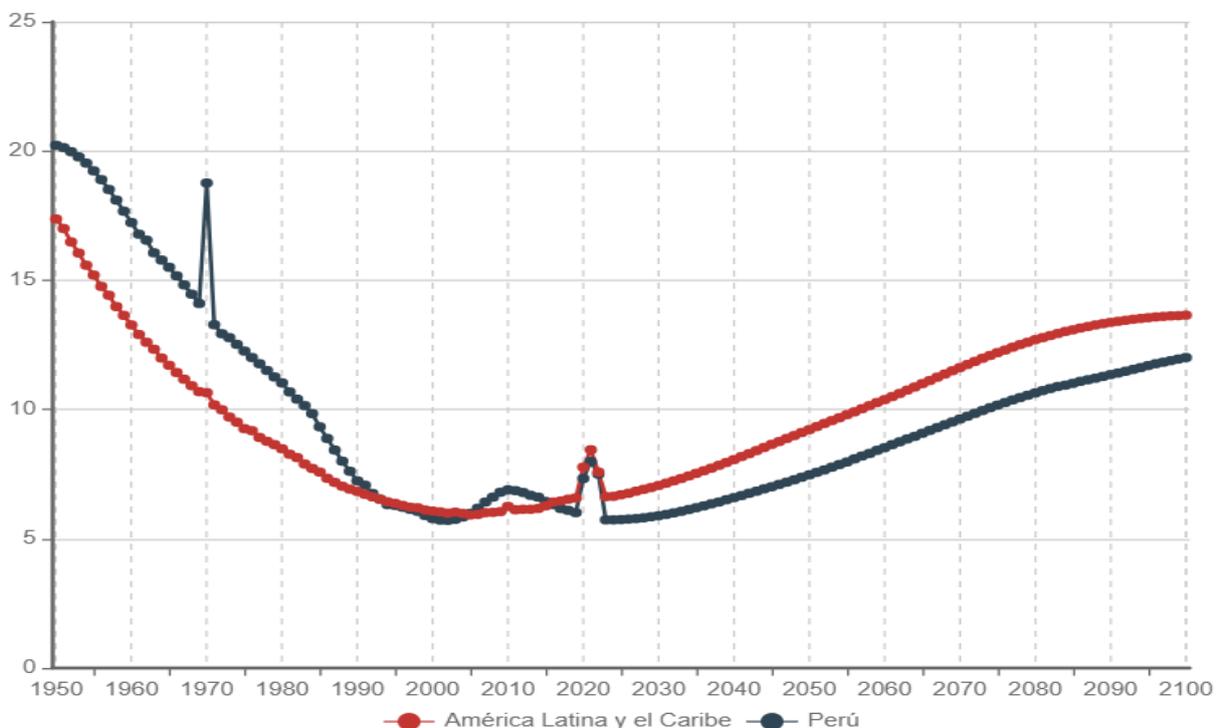
<sup>9</sup> Estado o Departamento ubicado al norte de la capital peruana, Lima.

y dejó a más de medio millón de personas con serios daños a sus bienes materiales, principalmente sus hogares (Oliver-Smith, 1994).

2. La crisis sanitaria del COVID-19: no es secreto para muchos que el coronavirus ha sido la principal causante en el incremento de la mortalidad global. En el caso peruano, se registra un total de 190.670 personas fallecidas por casos de COVID-19 (Perú, 2023).

Sin embargo, este indicador fue reduciendo cada vez más hasta llegar a la misma proporción tanto de Perú como de América Latina, convirtiéndose en un factor íntimamente relacionado con el aumento de la esperanza de vida de la población.

**Gráfico 9** – Tasa bruta de mortalidad en América Latina y Perú entre los años 1950 a 2100.



Fuente: Extraído de CEPALSTAT, Estadísticas e Indicadores Demográficos. Consultado en abril del 2023.

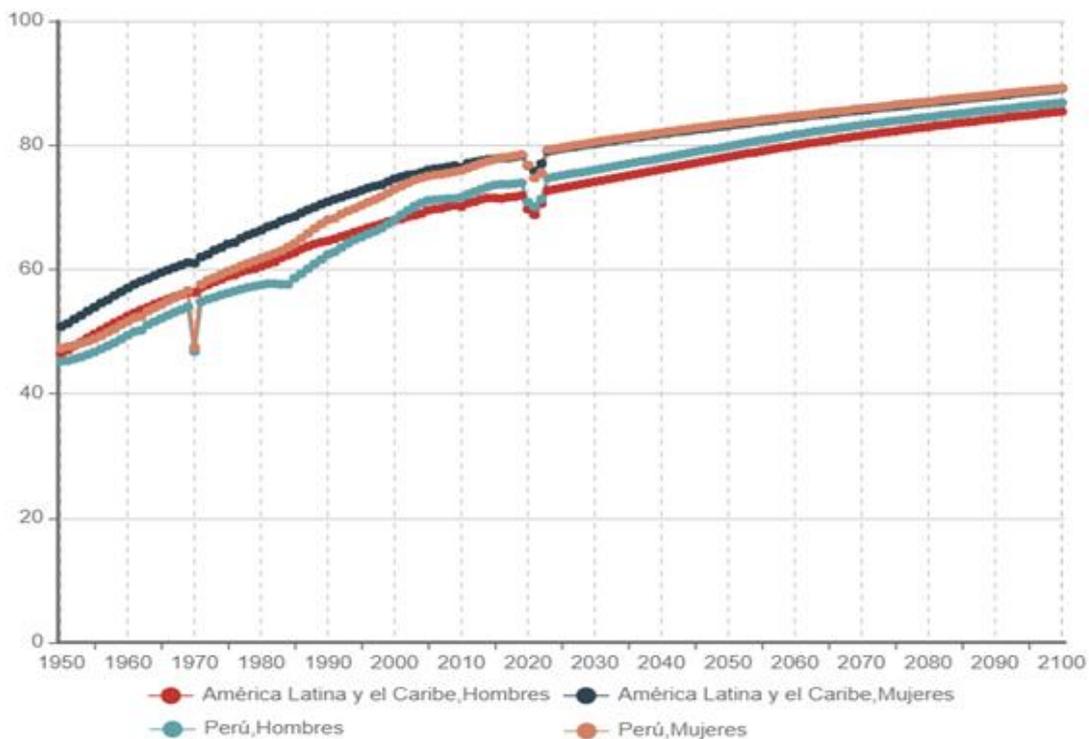
Entre algunos de los factores determinantes para la disminución de la mortalidad están: la capacitación del Estado ante sus políticas de salud, protección social, asistencia social, entre otros; y la formación de nuevos talentos en el personal de la salud. Pérez Brignoli (2022) nos lo confirma a través de la siguiente citación:

En el caso de América Latina, los agentes del cambio fueron los siguientes: a) el Estado y sus instituciones; b) los médicos y el personal sanitario; y c) los maestros de escuela primaria y los profesores de educación secundaria. La previsión social y la salud pública dependieron del financiamiento y la acción estatal, bajo esquemas institucionales que podían diferir de país a país, pero que tenían como común denominador la intervención estatal; en algunos casos, los sindicatos y las organizaciones obreras tuvieron también participación importante, al igual que otras

organizaciones de la sociedad civil, incluyendo instituciones religiosas. Los médicos y el personal sanitario, formados localmente y con frecuencia especializados en el extranjero, fueron los agentes fundamentales sobre todo en la acción inmediata. Maestros y profesores cumplieron también un papel crucial, tanto en la educación básica en las aulas, enseñando las normas de higiene, cuanto en las campañas educativas y de vacunación. Los programas tipo “la gota de leche”, implementados en casi todos los países en las décadas de 1940 y 1950, y aplicados en las escuelas, cumplieron un rol fundamental en las mejoras de la nutrición infantil. A su vez, los medios de comunicación (radio, prensa, televisión) también tuvieron su papel, sobre todo en la alerta y la prevención ante epidemias y peligros ambientales (Pérez Brignoli, 2022, p.165-166).

Por último y no menos importante, tenemos la esperanza de vida, representada en el siguiente gráfico. Desde un punto de vista moderno, se puede analizar cómo este indicador era muy reducido para la década de 1950, siendo está alrededor de los 50 años para las mujeres y 47 años para los hombres en América Latina, y llegando a ser ligeramente notorio en el caso peruano, donde la expectativa de vida alcanzaba la edad de 47 años para las mujeres y 45 años para los hombres.

**Gráfico 10** – Esperanza de vida en América Latina y Perú entre los años 1950 a 2100.



Fuente: Extraído de CEPALSTAT, Estadísticas e Indicadores Demográficos. Consultado en abril del 2023.

Dicho de la expectativa de vida, según el INEI (2015), el aumento de la expectativa de vida peruana también se debe principalmente al descenso de la mortalidad infantil llevado de la mano de las intervenciones estatales en servicios para evitar defunciones como puede ser los programas de vacunación masiva para evitar enfermedades e infecciones, el control de la salud de los niños sanos, el aumento de la

cobertura de los servicios básicos y el incremento de los niveles educativos de la población (INEI, 2014).

Estos tres indicadores fundamentales de la transición demográfica, fueron alterados por tres elementos en común:

- El avance científico y tecnológico de las políticas sanitarias: conforme avanza el tiempo, las políticas sanitarias tienen que cambiar y evolucionar de acuerdo a los nuevos hallazgos hechos en la ciencia. Por ello, este progreso científico y tecnológico trajo consigo una reducción en la tasa de mortalidad.
- El conocimiento y la “mente abierta”: la apertura hacia nuevos conocimientos conlleva una evolución de la capacitación y experiencia de nuevos talentos en el sector salud. Debido a ello es que es posible vincularlo con el descenso de la mortalidad. Consecuentemente, esta adquisición de nuevos conocimientos, trajo consigo la inserción de la “mente abierta”, es decir, nuevas ideas acerca de la concepción de hijos las cuales eran arraigadas por temas religiosos y sociales del siglo pasado (Rico y Valera, 2011).
- La “emancipación” de la mujer: Batthyány (2015) y Carrasco (2003) nos explican la “natural” atribución de las mujeres a las labores del cuidado y como estas están sometidas a un rol de “cuidadora del hogar” y “gestadora de los hijos”. Es en base a la última afirmación que se puede ver, y gracias al distanciamiento de ideas pasadas, como las mujeres han ido rompiendo los estereotipos clásicos de la sociedad sobre su rol exclusivo perteneciente al hogar, para adentrarse a otros sectores donde se creía que era únicamente perteneciente a los hombres. Es por ello que la tasa de natalidad ha ido disminuyendo considerablemente.

En acuerdo con las afirmaciones de Pérez Brignoli (2022) y Turra y Fernández (2021), podemos concluir que Perú experimentó su transición demográfica de una forma "típica" iniciando en la década 1950 con altos niveles de mortalidad, natalidad y una baja expectativa de vida, hasta llegar a su fase pos transicional, con niveles llamativos para finales del siglo XX, donde la mortalidad y natalidad disminuyó en contraste con el aumento de la expectativa de vida.

No obstante, existe otra variable que también es analizada por los autores mencionados. La población mundial está en camino hacia el envejecimiento, producto de la baja tasa de mortalidad y natalidad, siendo este último el más relevante, ya que después de la década de 1950 se verifica una sostenida caída de esta tasa y por consecuencia de ello la población infantil y joven será cada vez menor.

La región avanza en un proceso de envejecimiento que está contribuyendo a modificar la estructura por edades de la población. En efecto, mientras en 1950, las niñas, los niños y las y los jóvenes tenían un peso predominante en la pirámide de población latinoamericana, en 2010 esta imagen ya había cambiado radicalmente y el peso relativo de las generaciones adultas y adultas mayores había aumentado, básicamente debido al descenso de la fecundidad y de la mortalidad. [...] Como resultado, para el año 2050 los distintos grupos de edad tenderán a tener un peso similar y la región presentará una población envejecida (Rossel, 2016, p.36).

Por su parte, Rossel (2016) nos advierte acerca de la llegada de una nueva problemática, derivado de este fenómeno demográfico, que está afectando a los Estados latinoamericanos, como lo es el envejecimiento poblacional, el cual será un punto clave para comprender el propósito de este trabajo de investigación.

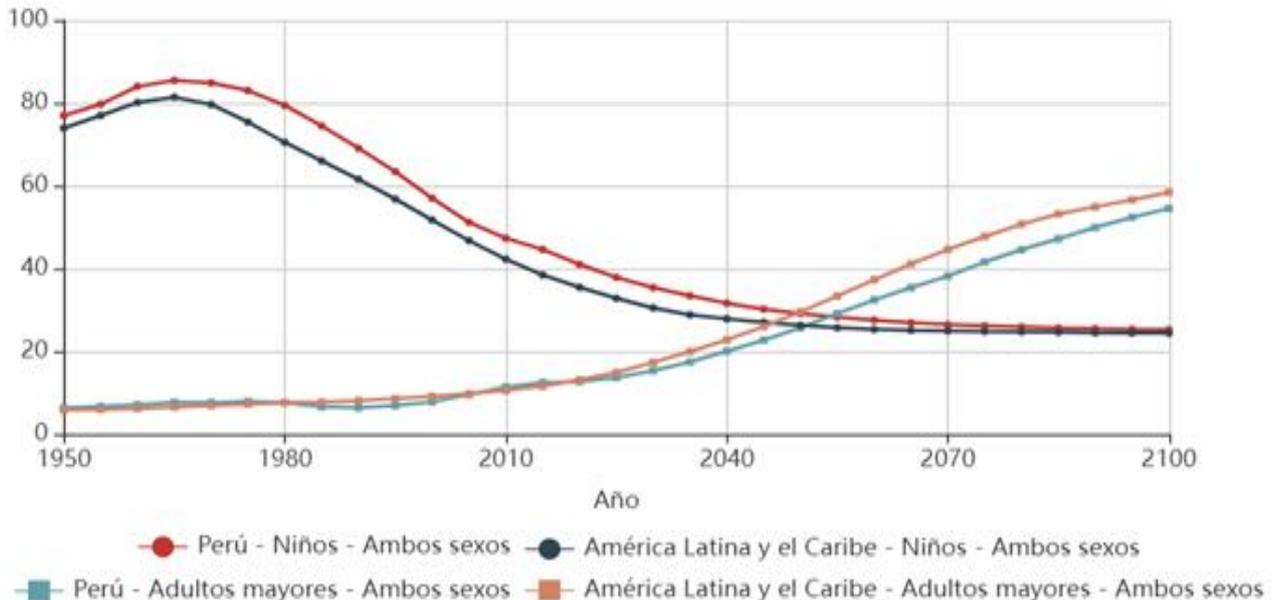
[...] Desde una perspectiva general, es esperable que el proceso de envejecimiento imponga nuevas demandas a los sistemas de salud, en especial de apoyos y servicios formales de cuidado para personas adultas mayores, así como de enfermos crónicos. El panorama se complejiza cuando se considera que el proceso de envejecimiento latinoamericano estaría caracterizado por un avance en la supervivencia debido a la reducción de la exposición a enfermedades infecciosas más que a las mejoras significativas en las condiciones de vida de la población. Adicionalmente, los sistemas de jubilaciones y pensiones se enfrentarán a una presión creciente (Rossel, 2016, p.37).

Consecuentemente la relación de dependencia<sup>10</sup>, representada en el siguiente gráfico, para los adultos mayores también se va a incrementar, debido a la alta demanda de esta franja etaria, siendo cubierta por la población económicamente activa a partir de los 14 años a más en Perú y 15 años a más en América Latina.

---

<sup>10</sup> Según la CEPALSTAT, la relación de dependencia se calcula mediante la cantidad de población económicamente activa y la población potencialmente dependiente, dentro de la cual se encuentra la población infantil y la de los adultos mayores.

**Gráfico 11** – Relación de dependencia demográfica de niños y adultos mayores en América Latina y Perú entre los años 1950 y 2100.



Fuente: Extraído de CEPALSTAT, Estimaciones y proyecciones demográficas. Consultado en julio de 2023

El índice de envejecimiento, el cual es calculado entre la cantidad de adultos mayores, es decir, población mayor a 60 años, y la población joven, es decir, población de 0 a 14 años, también sufrirá de cambios sea por el mismo avance de la transición demográfica (Huenchuan, 2018), como también del país perteneciente (Pérez Brignoli, 2022). Esto se ve reflejado en la siguiente tabla en la cual podemos ver como Argentina y Uruguay tienen su transición de forma temprana, empezando con mayores índices desde 1965; Perú, Colombia, Ecuador y Brasil de forma típica, empezando a tener mayores índices desde 2015; y Paraguay de forma tardía en 2030.

**Tabla 3** – Índice de envejecimiento en los países de América Latina, 1965 a 2060.

Región, subregión, país	Índice de envejecimiento						
	1965	1980	1995	2015	2030	2045	2060
América del Sur	14,5	17,5	23,1	47,6	87,3	140,6	193,6
Argentina	32,7	39,6	45,6	60,0	78,5	112,0	148,7
Bolivia (Estado Plurinacional de)	14,8	13,8	17,5	28,4	41,1	65,1	100,6
Brasil	11,9	15,0	21,0	51,0	102,4	172,4	234,6
Chile	20,2	25,9	35,8	77,9	140,0	206,5	264,0
Colombia	11,0	13,9	18,8	44,6	95,5	155,1	214,6
Ecuador	15,0	14,4	18,2	34,2	59,3	96,6	144,6
Guyana	11,2	12,6	19,0	28,8	56,5	66,4	99,1
Paraguay	11,0	13,8	15,4	29,9	46,5	74,8	120,6
Perú	12,4	13,2	18,2	35,7	63,0	107,5	160,9
Suriname	12,4	15,7	22,7	38,2	69,1	100,1	134,1
Uruguay	43,9	54,7	68,5	89,4	115,1	151,7	193,1
Venezuela (República Bolivariana de)	8,5	12,3	16,6	33,5	63,1	99,9	145,2

Fuente: Extraído de Huenchuan, 2018.

Esto es analizado por Lee (2003), quien nos ofrece una noción acerca de cómo la transición demográfica ha causado grandes cambios en las distribuciones de las franjas etarias y también en las relaciones de dependencia entre los infantes y los adultos mayores.

En la primera fase de la transición, cuando la mortalidad comienza a disminuir mientras la fertilidad sigue siendo alta, la mortalidad disminuye más en las edades más tempranas, lo que provoca un aumento en la proporción de niños en la población y eleva las tasas de dependencia infantil [...] A continuación, como la fertilidad disminuye, las tasas de dependencia infantil disminuyen y pronto caen por debajo de sus niveles previos a la transición. La población en edad de trabajar crece más rápido que la población en su conjunto, por lo que la tasa de dependencia total disminuye. [...] En una tercera fase, el aumento de la longevidad conduce a un rápido aumento de la población de edad avanzada, mientras que la baja fertilidad frena el crecimiento de la población en edad de trabajar. La tasa de dependencia de las personas mayores aumenta rápidamente, al igual que la tasa de dependencia total. [...] tasa de dependencia total ha vuelto a acercarse a su nivel antes de que comenzara la transición, pero ahora la dependencia infantil es baja y la dependencia de las personas mayores es alta. (Lee, 2003, p.183, traducción nuestra).

Para comprobar las afirmaciones hechas por Rossel (2016) y Lee (2003), se hará una comparación en base a los datos ofrecidos por el *World Population Prospects* de UNDESA, organismo de las Naciones Unidas, el cual reúne información detallada del transcurso poblacional que han tenido distintos países e, inclusive, continentes.

## 2.1 ANTECEDENTES DEL ENVEJECIMIENTO LATINOAMERICANO Y PERUANO

Durante la década de 1950, representada en el siguiente gráfico, la distribución demográfica en América Latina se concentraba en las etapas iniciales de la vida humana, siendo esta, la niñez y la adolescencia, una clara referencia a la alta tasa de natalidad que existía durante ese tiempo.

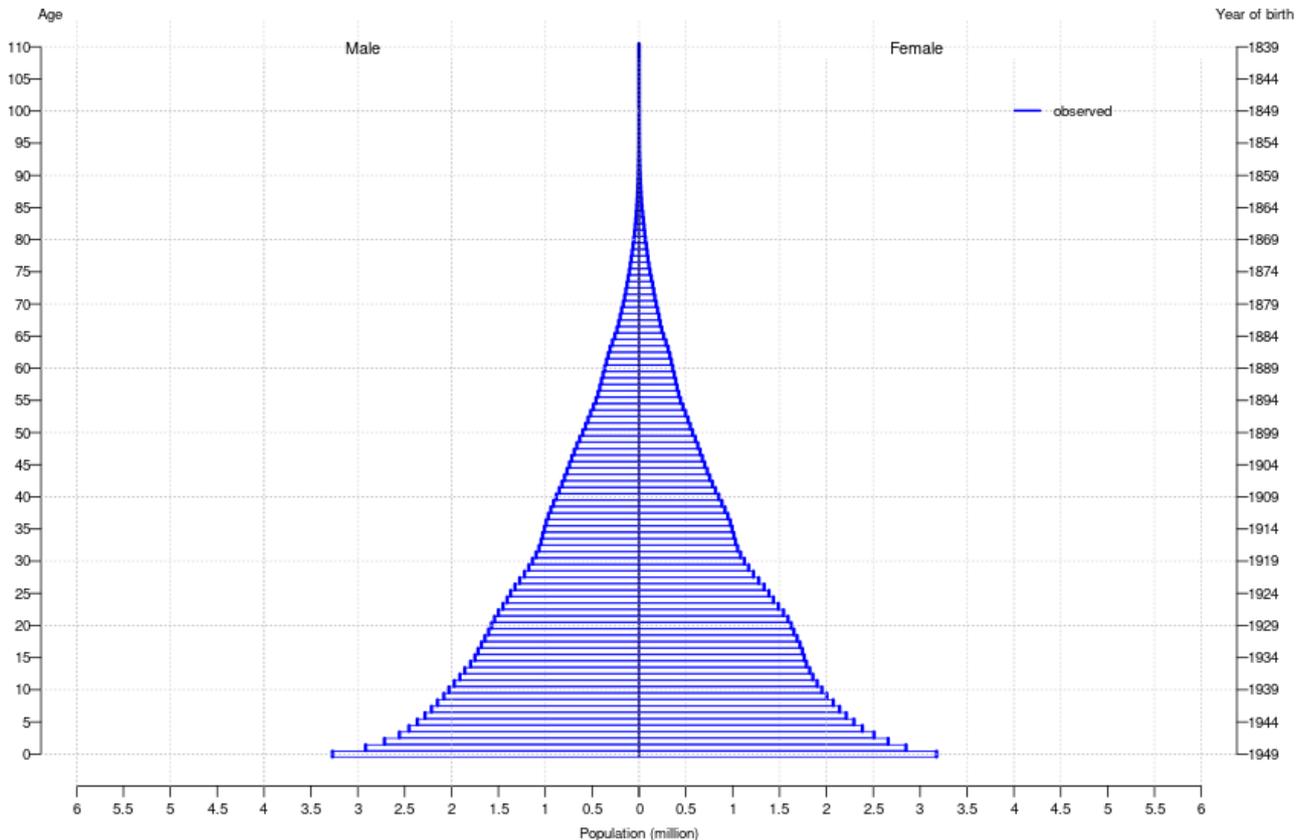
Se puede apreciar como las otras franjas etarias tenían distintas proporciones, siendo aún más notoria en la etapa adulta y la entrada hacia la etapa de la vejez, donde esta población era muy ínfima en relación a la que existía en la etapa infantil. Este análisis hace una clara referencia a la baja expectativa de vida que existía durante esos tiempos<sup>11</sup>, la cual era ocasionada por una alta tasa de mortalidad y por condiciones de vida menos avanzadas que en la actualidad.

---

<sup>11</sup> Tomando de referencia a Pérez Brignoli (2022), Turra y Fernandes (2021) durante los comienzos de la transición demográfica (1920-1950) la expectativa de vida solía ser baja llegando a un máximo de 50-60 años debido a la baja propagación de políticas de salud o de asistencia social que necesitan los adultos mayores.

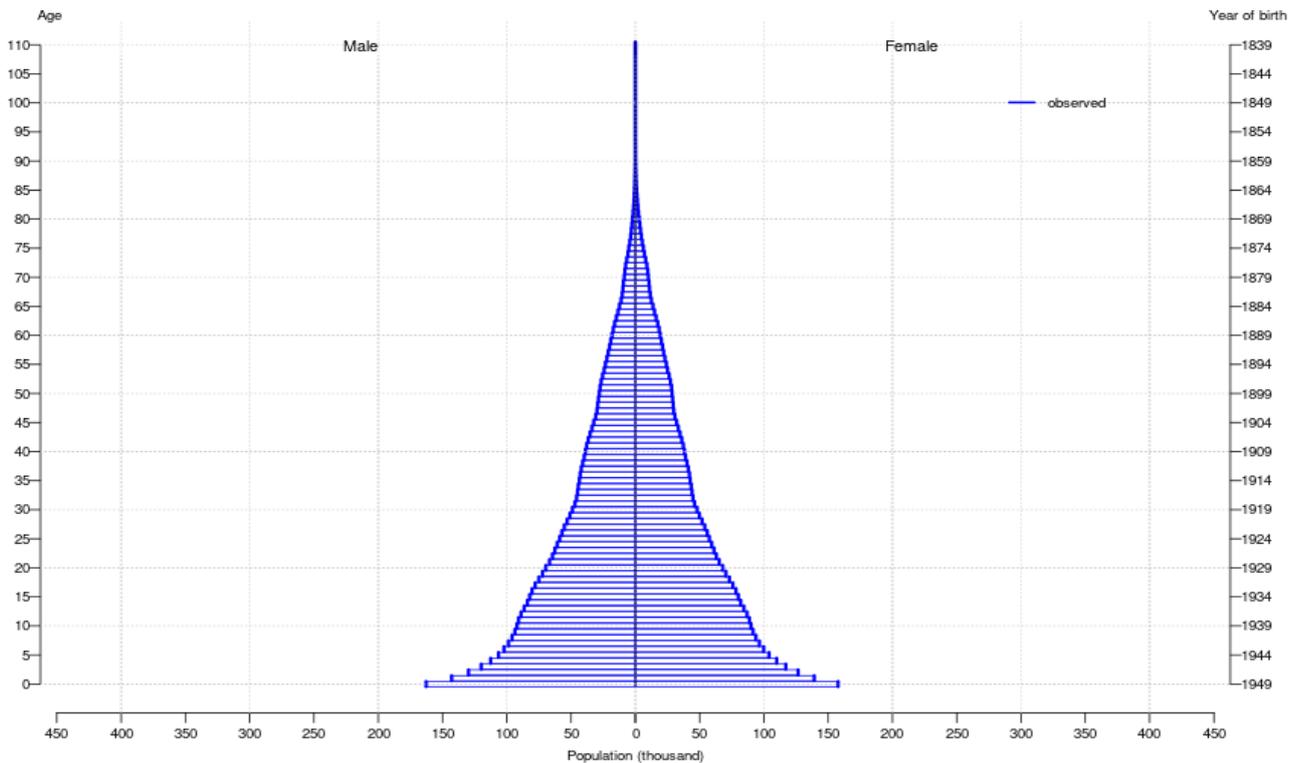
Acompañando las contribuciones de Lee (2003), durante esta primera fase de la transición demográfica, las relaciones de dependencia eran más concentradas en la etapa infantil, puesto que, al existir una mayor cantidad de esta población, era necesario tener más disponibilidad de los adultos responsables hacia esta franja etaria.

**Gráfico 12** – Población por edad y sexo de América Latina en 1950.



Fuente: Extraído de *World Population Prospects, 2022*. Consultado en julio de 2023.

A través del siguiente gráfico, se puede ver el reflejo del mismo panorama demográfico latinoamericano, pero en la escala peruana, donde había una clara concentración en la etapa infantil y adolescente, en contraste con la poca retención de población en la etapa adulta y en la vejez.

**Gráfico 13 – Población por edad y sexo de Perú en 1950.**

Fuente: Extraído de *World Population Prospects, 2022*. Consultado en julio de 2023.

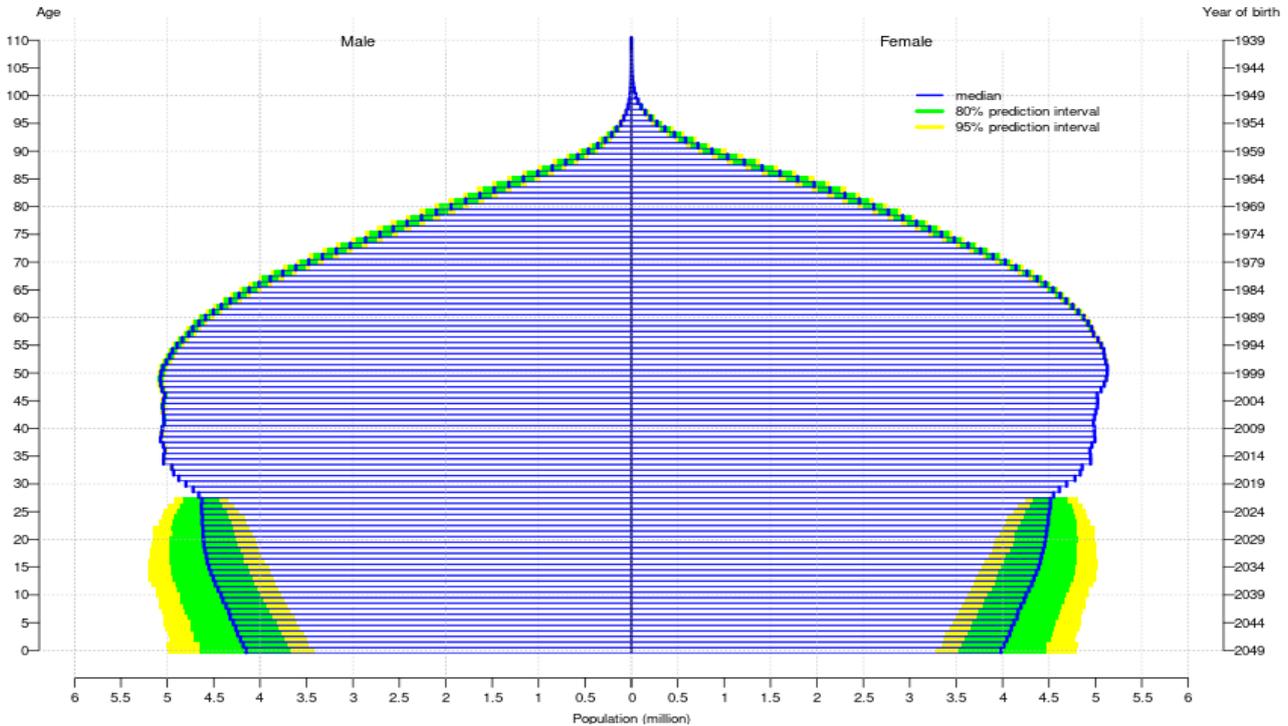
Ambas representaciones, sea de América Latina como de Perú, nos demuestran la intensidad de la población joven en comparación a la población adulta o adulta mayor que existía hasta mediados del siglo pasado. Es por ello que, desde un punto de vista político, podemos entender porque existe una gran consideración a crear políticas públicas de cuidado para la población infantil y joven, escenario que ha cambiado significativamente y que analizaremos en profundidad en el siguiente apartado.

## 2.2 PROYECCIONES DEL ENVEJECIMIENTO LATINOAMERICANO Y PERUANO

Si antes teníamos una considerable concentración en la niñez y adolescencia, actualmente el protagonismo demográfico lo tiene la adultez y se perfila en un futuro próximo el protagonismo de la vejez. Esto se puede ver en el siguiente gráfico donde se proyecta, hacia 2050, como la tasa de natalidad y la tasa de mortalidad continúan disminuyendo, en contraste con el incremento de la expectativa de vida.

Pudiendo ser por un cambio de ideas, o la denominada “mente abierta”, el control de gestación de hijos, nuevos avances en la ciencia, la “emancipación” de la mujer, o una mezcla entre todos estos elementos, se puede observar cómo la población adulta y adulta mayor serán primordiales para los esfuerzos gubernamentales en garantizar su sobrevivencia y calidad de vida a través de la formulación de políticas de cuidado.

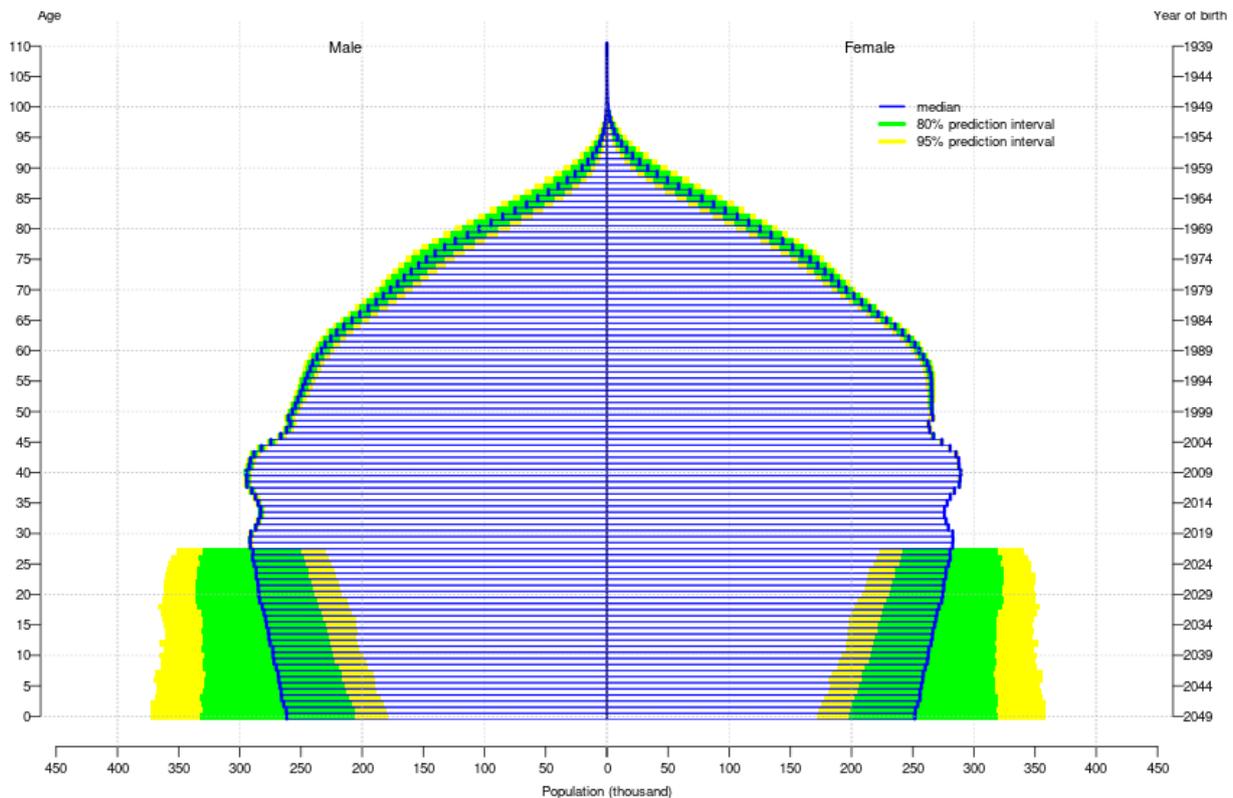
**Gráfico 14 – Población por edad y sexo de América Latina en 2050.**



Fuente: *World Population Prospects*, 2022. Consultado en julio de 2023.

El caso peruano también nos demuestra, a través del próximo gráfico, el declive sostenido de la tasa de natalidad a partir del año 2020 y constantemente reduciéndose en lo proyectado. Al mismo tiempo, se ve expresado un aumento de la expectativa de vida en oposición a la baja tasa de mortalidad, siendo representado en la concentración de la población adulta, sobre todo a partir de los 40 años de edad y en la sobrevivencia que tienen los adultos mayores.

Es muy diferente esta concentración de población a partir de los 30 años en comparación a como era en 1950, ya que se podría considerar que es justo en esta edad que la población experimenta una mortalidad cada vez más notoria. Sin embargo, para 2050, esta población consigue tener más probabilidades de sobrevivencia llegando, inclusive, a sextuplicar esta proporción en contraposición a 1950.

**Gráfico 15 – Población por edad y sexo de Perú en 2050.**

Fuente: Extraído de *World Population Prospects, 2022*. Consultado en julio de 2023.

Tanto para América Latina como para Perú, Pérez Brignoli (2022) nos ofrece una interesante explicación sobre lo desperejas que se encuentran estas proyecciones analizadas:

Durante el período de descenso de la mortalidad y aumento de los ritmos de crecimiento, la población se mantiene relativamente joven y la forma de la pirámide de edades se asemeja a un triángulo. En cuanto inicia el descenso en la fecundidad, la base comienza a achicarse y la pirámide se asemeja, según los casos, a una cebolla o a un cilindro (Pérez Brignoli, 2022, p.67).

Adicionalmente, se puede observar la denominada “tercera fase” de la transición demográfica (Lee, 2002), en el cual las relaciones de dependencia serán proporcionalmente inversas a lo que sucedía en 1950. En otras palabras, la relación de dependencia que se enfocaba hacia la atención a los infantes, puesto que la tasa de natalidad era demasiado alta en comparación a la diminuta sobrevivencia de las otras franjas etarias, será ahora, y próximamente, colocada sobre los adultos mayores, puesto que al haber un incremento de este sector poblacional será necesario cierta distribución de los adultos responsables para atender a la PAM, siendo estos los que deberían ser priorizados para la atención ofrecida por los adultos responsables de la oferta de servicios de cuidado.

## 2.3 VENTAJA Y DESVENTAJA DE LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

Existe un momento, sea para América Latina como para Perú, en el cual la relación de dependencia de los menores de edad y la de los adultos mayores llega a ser tan mínima que se abre la oportunidad para un óptimo desarrollo económico para un país, gracias a la concentración de la mano de obra disponible por la dominancia de los adultos en etapa laboral, o también llamada Población Económicamente Activa<sup>12</sup> (PEA). A este evento se le llama “bono demográfico”.

Según Saad, Miller, Martínez y Holz (2012):

[...] el bono demográfico hace referencia a una fase en que el equilibrio entre edades resulta una oportunidad para el desarrollo. Ocurre cuando cambia favorablemente la relación de dependencia entre la población en edad productiva (jóvenes y adultos) y aquella en edad dependiente (niños y personas mayores), con un mayor peso relativo de la primera en relación a la segunda. Una mayor proporción de trabajadores no solo representa una reducción del gasto en personas dependientes, sino que tiende a impulsar el crecimiento económico a través del incremento en el ingreso y la acumulación acelerada del capital (Saad; Miller; Martínez y Holz, 2012, p.28).

Es en este momento de ventaja que ofrece la transición demográfica donde la participación de cada Estado latinoamericano debería hacerse aún más presente, ya que se puede impulsar el crecimiento y desarrollo general de un país a través de múltiples acciones como por ejemplo: anticiparse a la futura desventaja que ocurrirá tras el avance de la transición demográfica a través de nuevas políticas, programas públicos, mejoras en los servicios de cuidado, fomentar la actividad laboral formal teniendo así un acceso más amplio y garantizado a los servicios previsionales.

Para el caso peruano, Martínez (2012) nos explica:

[...] si bien hoy el peso de la población adulta mayor no es alto, puede afirmarse que en el horizonte proyectado Perú llegará a experimentar un envejecimiento relativamente acelerado de su población. Así, la sociedad peruana tendrá que prepararse desde ahora para atender las demandas específicas de este grupo, adecuando sus sistemas de salud y pensiones y el apoyo a los hogares para atender sus necesidades de cuidados. También deberá invertir en una buena educación para los jóvenes de hoy, quienes serán el soporte de las generaciones envejecidas de mañana. La importancia de este panorama es que el país cuenta con un lapso durante el cual se pueden realizar las provisiones en la política pública para atender las demandas y oportunidades que plantean las transformaciones de los grupos de jóvenes y adultos. Esto debería realizarse antes de que el envejecimiento de la población empiece a operar como una fuerza en contra (Martínez, 2012, p.18).

---

<sup>12</sup> Según la CEPALSTAT, la PEA corresponde a las personas a partir de los 15 años a más quienes ofrecen su mano de obra para producir bienes y servicios económicos.

Como ya fue previsto por este autor, la población va a pasar por un proceso de envejecimiento continuo, y esto ocasionará lo que Rosell (2016) denomina “envejecimiento del envejecimiento”:

[...] debido al envejecimiento de la generación del baby boom nacida después de la segunda guerra mundial (que comenzó a cumplir 65 años alrededor de 2010), así como las ya descritas ganancias en la esperanza de vida a los 65 años y la caída de fertilidad. [...] Otra tendencia vinculada al proceso de envejecimiento es el incremento de población de 80 años y más, también denominado el proceso de “envejecimiento dentro del envejecimiento (Rosell, 2016, p.17).

Esto va a alterar el *status quo* de los Estados latinoamericanos, ya que va a ser necesario aplicar adaptaciones, innovaciones, creaciones y mejoras de las políticas de cuidado, especialmente para la PAM, puesto que las proyecciones indican que será la franja etaria que va a requerir especial atención en la temática del cuidado.

### 3 EL CUIDADO, LAS POLÍTICAS SOCIALES Y EL ESTADO DE BIENESTAR

El Estado del bienestar es la combinación de tres instituciones: el mercado, la familia y la distribución del bienestar de forma estatal. Y se concentra en la abertura de políticas y derechos sociales a la población, lo que posibilita la amplitud de la cobertura de la protección social y económica, especialmente a los segmentos más vulnerables.

Este se basa en una idea de ciudadanía social universal, una democracia plena y regularización en las relaciones del mercado de trabajo, como el derecho al empleo y la protección de puestos laborales, y en el derecho a la educación.

Como nos lo afirma Esping-Andersen (2000):

Los estados del bienestar contemporáneos y las regulaciones de los mercados de trabajo tienen sus orígenes -y se reflejan- en una sociedad que tenía, pero que ya ha dejado de tener: una economía dominada por la producción industrial con una fuerte demanda de trabajadores de baja cualificación; una población activa relativamente homogénea e indiferenciada, predominantemente masculina (el obrero de producción tradicional); unas familias estables con una elevada fecundidad, y una población femenina dedicada principalmente a las tareas domésticas (Esping-Andersen, 2000, p.14).

Este régimen surgió durante la Posguerra de la Segunda Guerra Mundial, a mediados del siglo pasado, aunque los fundamentos políticos y económicos liberales que enfrentan vienen desde aún más atrás. La mayor parte de estos problemas empiezan con la cuestionable concentración del poder que retiene cierto sector reducido de una población; y la retención de derechos y libertades que solían existir dependiendo de la capacidad de poder y del factor económico (Popper, 1945).

Estas problemáticas que se venían trayendo desde tiempos pasados fueron las bases para un largo debate de lo que es el Estado de Bienestar, el cual se gestó, principalmente, para introducir los derechos sociales, la ciudadanía y acortar las divisiones de clase (Esping-Andersen, 2000; Marshall, 1963), las cuales fueron redefinidas y reelaboradas para ser abordadas desde una lógica universalista a través de la redistribución del ingreso.

Las aportaciones hechas por Marshall (1963) nos dan el primer contacto con los términos “clase” y “ciudadanía”, guardando conexión como antónimos. La “clase” es una referencia al status social, a la jerarquización, a la estratificación social y fomenta la desigualdad, mientras que la ciudadanía es representada como la igualdad en derechos y obligaciones que es ofrecida de forma universal.

La ciudadanía, viene ejemplificada, como una composición de los derechos civiles, especificando la inserción de la libertad a estos como un atributo político-jurídico evolutivo del status de súbditos a un estado de personas libres. Además de los nuevos derechos políticos - a modo de ejemplo se encuentra la ampliación del derecho de voto; y los derechos sociales, los cuales en un principio eran mal vistos por partes de la opinión pública de orientación liberal ya que "hacían renunciar los derechos civiles y políticos de la persona para obtener protección estatal" colocando al *Poor Law*<sup>13</sup> como un caso de ejemplo de ello.

Sin embargo, el nexo que unió a los derechos sociales con los derechos civiles y políticos fue el acceso masivo a la educación, ya que es vista como un estímulo para el desarrollo de la conciencia de ciudadanía, es decir, una formación para que la población infantil y joven se convierta en ciudadanos plenos. Este fue un momento en el cual, los derechos sociales fueron parte importante de la idea substancial de ciudadanía y dejó de verse como una "debilidad del ciudadano", es decir solo una formalidad jurídica.

Popper (1945) nos ofrece, a través de esta cita, un panorama implícito de una de las bases del estado de bienestar: la protección social y económica.

[...] los ciudadanos económicamente fuertes son libres todavía de atropellar a los económicamente débiles y de robarles su libertad. En estas circunstancias, la libertad económica ilimitada puede resultar tan injusta como la libertad física ilimitada, pudiendo llegar a ser el poderío económico casi tan peligroso como la violencia física, pues aquellos que poseen un excedente de alimentos pueden obligar a aquellos que se mueren de hambre a aceptar «libremente» la servidumbre, sin necesidad de usar la violencia [...]. Si este análisis es aceptado entonces la naturaleza del remedio salta a la vista. Deberá ser un remedio político, semejante al que usamos contra la violencia física. Y consistirá en crear instituciones sociales, impuestas por el poder del estado, para proteger a los económicamente débiles de los económicamente fuertes. El estado deberá vigilar, pues, que nadie se vea forzado a celebrar un contrato desfavorable por miedo al hambre o a la ruina económica (Popper, 1945, p. 285-286).

---

<sup>13</sup> Traducida como Ley de los Pobres, esta medida otorgaba un sistema de ayuda para la población pobre, siendo representada como un subsidio económico. Según Marshall (1963) la *Poor Law* ocasionaba una ruptura con los derechos civiles y políticos porque colocaban a esta población en una situación de conformidad a la cual no los obligaba realizar esfuerzos para salir de esa situación de pobreza, en otras palabras, los convertían en conformistas, débiles e incapaces. Si bien para los estándares de la época, donde predominaba una idea de "emancipación económica" la cual estaba íntimamente relacionada a la adquisición de la ciudadanía, esta ley no provocaba algún cambio en la orden social en esta población pobre ya que los mantenía en la misma situación, también fue al mismo tiempo las bases para la formulación de los futuros derechos sociales. A pesar de ello, en muchas sociedades actuales la solicitud de una ayuda social es vista, del lado positivo, como una adecuada respuesta del Estado para este tipo de población; y del lado negativo, es vista de la misma manera que lo formula Marshall, e inclusive se le designan descalificaciones a este tipo de población que lo requieran refiriéndose a ellos como "parásitos", "incompetentes", "mantenidos", "incapaces", entre otros.

Sin embargo, existe un factor que es compartido entre estos autores, y que a su vez coloca mayor énfasis en el factor familia como base fundamental del Estado de Bienestar, y dentro de ella a la participación de la mujer:

[...] en todas partes el trabajo doméstico no remunerado de las mujeres sigue constituyendo una importante -y, en algunos países, predominante- fuente de bienestar; que la familia nunca ha dejado de ser productora. De hecho, el sesgo del estado del bienestar de la posguerra en favor del varón como fuente de ingresos se pudo mantener gracias al servicio social que prestaban las propias familias (Esping-Andersen, 2000, p.53).

La ciudadanía, los derechos civiles, políticos y sociales, las obligaciones públicas, así como la protección social y económica eran atributos propiamente dirigidos hacia hombres - a pesar de que próximamente, por ejemplo, el derecho político del voto fue también aplicado a la mujer<sup>14</sup>, aunque debía estar casada y fue concedida con mucha posterioridad respecto de los hombres. La mujer fue colocada en un segundo plano bajo la atribución completa de las actividades domésticas en el hogar no influyentes en el mercado y sin ser reconocidas plenamente como parte de la ciudadanía.

Martínez Herrero (2017) tiene una óptima representación de lo sucedido durante este tiempo:

[...] El trabajo que realizan las mujeres se desarrolla dentro del ámbito privado, en el hogar, y además es un trabajo que se entrelaza con los sentimientos, ya que son mujeres que además asumen el papel de madres, esposas e hijas. Ellas ejercen de cuidadoras de sus hijos/as, de sus mayores, de sus enfermas/os y dependientes, además de realizar las tareas domésticas de toda la familia. Es un trabajo que queda oculto en el ámbito familiar, al margen del mercado y, por tanto, sin cuantificar, sin

<sup>14</sup> En Brasil, el derecho al voto fue otorgado, en 1532, a unos pocos hombres. Y después en la Constitución del Imperio de Brasil de 1824, bajo la presidencia de Dom Pedro Primeiro, se expresó el voto a los hombres siempre cuando sean mayores de 25 años y reciban más de 200 000 réis de renta líquida anual. (Brasil, 2008). El sufragio femenino, bajo la presidencia de Getulio Vargas en el gobierno provisorio de 1930 a 1934, fue implementado en 1932 para aquellas “mujeres viudas o solteras con renta propia [...] mujeres casadas, aunque también tuviesen renta propia, solo podrían votar con autorización del esposo” (Marques, 2019, p. 108). Pero es a partir de 1945, con la caída de Getulio Vargas, que se creó una nueva Constitución con ideales democráticos en la cual se regía en sus artículos 133 y 134 la universalidad del derecho al voto. En Argentina, el derecho al voto fue dado a los hombres en su plenitud durante todo el siglo XIX, aunque con ciertas restricciones hacia diferentes tipos de hombres como analfabetos, dementes, entre otros (Argentina, 2023). Fue a partir de la ley N° 8871, o ley Sáenz Peña, el cual establece en su artículo 2, el derecho a sufragio a mayores de 18 años, y en su artículo 5, los calificativos: individual, secreto y obligatorio en relación al sufragio. Sin embargo, esto continuaba siendo dirigido netamente a los hombres. No obstante, en 1947 se creó la ley N° 13010, también llamada ley del Voto Femenino o ley Eva Perón, el cual otorga finalmente el derecho de voto a las mujeres. En Perú, el derecho al sufragio fue plenamente masculino durante todo el siglo XIX y era otorgado para quienes “acreditaban sea saber leer y escribir, una propiedad raíz, el ejercicio de un arte, industria u oficio, o la condición de jefe de taller” (Corazao, 2003, p. 69). El sufragio femenino fue implementado en la Constitución de 1933 pero de manera restringida, en su artículo 86 a aquellas “mujeres peruanas mayores de edad, las casadas o las que lo hayan estado y las madres de familia, aunque no hayan llegado a su mayoría” (Perú, 1933, p.10). Sin embargo, gracias a la ley N° 12391 se modificó el artículo 84, el cual añade a las mujeres como parte de la ciudadanía, y el artículo 86, que elimina la restricción al voto femenino volviéndolo universal.

valorar, en definitiva, sin reconocimiento alguno a nivel de derechos. Por ello las mujeres, al contrario que los hombres, no son reconocidas por el estado de bienestar como ciudadanas de pleno derecho, sino de manera indirecta y dependiendo de los derechos adquiridos por sus maridos (Martínez Herrero, 2017, p.253).

Mientras se construía la base de un Estado protector, concentrándose en una dirección, sobretodo masculina, para la amplitud de derechos, confrontando a los sistemas antiguos de servidumbre y negligencias, y evolucionando a un régimen conformado por personas libres, al mismo tiempo se evidenciaron las primeras ideas de lo que significaba el cuidado para la calidad de vida de la población, la cual se basa primordialmente en la atención de las necesidades físicas y emocionales de las personas dependientes, en este caso enfocándose al infante, siendo atribuida completamente a la mujer, bajo la interpretación de ser confundida con otra tarea doméstica hecha por ellas y al mismo tiempo siendo de carácter no remuneratorio.

Daly y León (2022) nos dicen lo mismo acerca de esta primera introducción de lo que es el cuidado en su acepción multidimensional:

[...] el cuidado se ubica dentro del ámbito doméstico e interpersonal. Aquí, el concepto se utiliza para examinar el trabajo reproductivo cotidiano que se lleva a cabo en los hogares y las familias, incluidas tanto las actividades materiales involucradas como los procesos normativos e ideológicos. Se considera que ambos confirman a las mujeres como cuidadoras (en su mayor parte no remuneradas) y definen a las mujeres en un contexto familiar o doméstico (Daly y León, 2022, p.21, traducción nuestra).

Todo este sistema establecido por el Estado de Bienestar, si bien no fue perfecto, fueron bases suficientes para el nuevo contexto de lo “social” dentro de la planificación gubernamental. Desde las inserciones de los derechos laborales, protecciones económicas ante el ente del mercado, la lucha contra el desequilibrio de poder, libertades y derechos, e inclusive las subvenciones y pensiones estatales, se puede decir que el aspecto social de las políticas empezó a ser relevante para la agenda gubernamental de los Estados de Bienestar y hasta, para los Estados en nuestra actualidad.

Utilizando las aportaciones de Esping-Andersen (2000) acerca de lo que es una política social, podemos sistematizar las contribuciones más contemporáneas del campo de las políticas públicas hechas tanto por Secchi (2011) como por Subirats, Knoepfel, Larrue y Varone (2008) lo que, a través del siguiente cuadro, servirá posteriormente para percibir ver la conexión de estas ideas con el cuidado y las políticas públicas.

**Cuadro 3 – Conexión de las políticas sociales y políticas públicas.**

	Políticas sociales	Políticas públicas
	Esping-Andersen	Secchi, Subirats, Knoepfel, Larrue y Varone
Definición	Es la gestión pública de los riesgos sociales, de los cuales algunos son más relevantes - pobreza, violencia, muerte, etc - y otros son más “tolerables” dependiendo de la situación, la vejez.	Son una serie de decisiones gubernamentales, influenciadas por actores públicos y no públicos, las cuales pretenden resolver un problema público la cual se considera inadecuado y que debe cambiar para mitigar la amplitud de ese problema a los grupos sociales.
Significado de problema	Se convierte en un riesgo social (problema) cuando: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Afecta al bienestar colectivo</li> <li>- La sociedad lo reconoce como merecedor de atención pública</li> <li>- Escapa del control de las personas</li> </ul>	Un problema público es una situación indeseada (problema) relevante para la colectividad (público) la cual debe depender de la cantidad de afectados y la intensidad del problema.

Fuente: Elaboración del autor, con información obtenida de Esping-Andersen, 2000; Secchi, 2011; Subirats, Knoepfel, Larrue, Varone, 2008.

Entendiendo esto, debemos tener en cuenta que el cuidado, como se lo conoce en sus aspectos tradicionales, es un papel atribuido a las mujeres quienes recientemente estaban en un rol social, político, cultural y económico subordinado y con restricción de derechos, mientras que el hombre, quien era el “proveedor de recursos”, retenía la ciudadanía en su sentido extenso y, por ende, poseería la plenitud de derechos y obligaciones que genera la convivencia social (Esping-Andersen, 2000).

A pesar de esta concepción restringida y tradicional del cuidado, debemos tomar en cuenta que este se involucra con tres factores importantes que son complejos para poder tratarlos e, inclusive, complementarlos entre sí.

En primer lugar, está el aspecto político. Las bases del Estado de Bienestar, si bien introdujeron ciertas ideas proteccionistas al ciudadano, también normalizó la denominada “división sexual del trabajo”, la cual perjudicaba a la mujer.

Sin embargo, pese a este contexto desalentador, ya está ocurriendo un lento proceso de transformación que está tomando el mundo con respecto a los servicios de cuidado y su actor principal, la mujer, como lo es la implementación de los derechos de estas últimas, empezando por el derecho al voto, representando un derecho político; la integración de la mujer en el mercado laboral; la intervención del Estado para implementar y adecuar servicios de cuidado con el respaldo del mercado y la familia; lograr la autonomía

de las mujeres para poder invertir tiempo en su desarrollo personal y profesional; y el reconocimiento del cuidado como más que una “tarea doméstica”, siendo colocada como una tarea importante de toda la sociedad y su sobrevivencia.

La principal limitación de este factor radica, principalmente, en la parte laboral - y consecuentemente derivará en múltiples ramificaciones hacia otros derechos, deberes y libertades - en el cual existe una discusión acerca de cómo reforzar la autonomía de las mujeres, sea para el trabajo, profesionalidad o realización personal, a la vez que se confronte las ideas interpersonales<sup>15</sup> y sistemáticas<sup>16</sup> en referencia a la distribución de responsabilidades del cuidado (Ferro, 2023).

El trabajo remunerado se concibe como si las personas no tuvieran otras actividades o responsabilidades que cumplir, por lo que sigue presente el estereotipo del “trabajador ideal sin responsabilidades familiares” —varón que tiene a una mujer en casa que cuida a los dependientes y a él—, cuando en la actualidad las mujeres son en muchos hogares la principal o única proveedora de ingresos. Además, cuando existen servicios de cuidado infantil, ya sea privados o públicos, no se toma en cuenta la inconsistencia entre los horarios laborales y los de los servicios y el tiempo destinado al traslado de un lugar a otro (casa, guardería, empleo, guardería, casa), sobre todo en las grandes ciudades (Rico, 2011, p.109).

Además, está el factor de reconocimiento de los servicios de cuidado, principalmente de los no remunerados, como más que una mera tarea doméstica, ya que estas representan una actividad importante tanto para la sobrevivencia de la sociedad como para la contribución del PBI de un país.

**Gráfico 16** – Valor no remunerado del trabajo en los hogares latinoamericanos, en porcentaje de PBI, periodo: 2010-2021.



Fuente: Extraído de CEPAL, La sociedad del cuidado: horizonte para una recuperación sostenible con igualdad de género.

<sup>15</sup> Según Ferro (2023), este término hace alusión a la relación entre hombre y mujer con respecto a la distribución de uso de tiempo, responsabilidades y los roles de género en el cuidado. Específicamente, “siendo además obligatorias para las mujeres y opcionales para los hombres en atención a la feminidad y masculinidad de orden patriarcal” (Ferro, 2023, p. 4).

<sup>16</sup> Según Ferro (2023), este término corresponde a una reformulación de la legislación y las políticas públicas del cuidado a través de la repartición de responsabilidades entre el Estado, familia, mercado y tercer sector. Es decir, una clara referencia al “diamante del cuidado” propuesto por Razavi (2007).

Esto llegará de la mano con una inevitable reforma de la distribución de las responsabilidades del cuidado para esas personas con dependencia, quienes lo conforman en una mayor parte, los adultos mayores. Por ello, la progresión del flujo de la vida y la aproximación de una mayor parcela de la población hacia el envejecimiento debe ser visto como un problema colectivo y de suma importancia, lo que se convertiría en un “problema público” (Secchi, 2011). Tal y como lo afirma Rico y Valera, citando a Cerutti y Binstock (2011):

Desde un punto de vista demográfico los países de América Latina han experimentado, con distinta intensidad y magnitud, una serie de transformaciones en sus niveles de fecundidad, mortalidad y movilidad territorial, que afectan directa e indirectamente a la familia y a los sistemas de protección y bienestar. Por cierto, la esperanza de vida al nacer creció en forma significativa como producto de una caída en la mortalidad, sobre todo en la mortalidad infantil. De igual manera, las tasas de fecundidad han continuado descendiendo como resultado de la extensiva adopción de métodos anticonceptivos modernos. El lento crecimiento de la población ha conducido, sin excepción, a que disminuya el número relativo de niños y niñas y a que la población se haga cada vez más vieja (Cerutti y Binstock apud Rico y Valera, 2011, p.45).

En tercer lugar, tenemos el aspecto cultural. A pesar de que la cuestión del origen histórico de las desigualdades de género puede ofrecer un debate muy extenso y revisión de literatura arqueológica y antropológica especializada, ese es un punto que escapa a nuestro análisis. Sin embargo, las desigualdades de género son un aspecto importante para entender las asimetrías en la atribución, entre hombres y mujeres, de las responsabilidades del cuidado. En el recorte de esta investigación se toma en cuenta la forma en como la implementación del Estado de Bienestar en nuestras sociedades se benefició de ese orden de género desigual y preexistente.

Tal y como fue planteado tanto por Esping-Andersen (2000) como por Marshall (1963), el papel del responsable a cargo del cuidado de las personas con dependencia estaba recayendo en las mujeres, puesto que eran vistas como una mera figura de fecundidad, atribuidas a un rol de “cuidadora del hogar” para, consecuentemente, ser otorgada de las demás tareas domésticas, e inclusive, como fue mencionado anteriormente, llegando a la equivocada idea de incluir y/o confundir tarea doméstica y servicio de cuidado.

De hecho, esta idea sigue existiendo hasta la actualidad, aunque en muchos países se está modificando esta concepción de la distribución sexual del trabajo y los roles de género. Rico y Valera (2011) nos aportan esta situación contemporánea de lo que sucede en muchas familias latinoamericanas bajo el ideal patriarcal:

En general, los hombres mantenían una posición dominante y a cargo de las labores productivas y de sustento económico; y las mujeres a cargo del cuidado de los miembros de la familia en el ámbito doméstico y en una posición de dependencia y subordinación. En estas relaciones asimétricas, el hombre-proveedor era el depositario de un papel de predominio y poder de decisión sobre los demás miembros, y en especial sobre su cónyuge, que estaba relegada al ámbito doméstico y en un papel subordinado. En dicho modelo, unos trabajaban remuneradamente —y participaban— en una esfera pública regida por leyes; otras, quedaban a cargo de sustentar la reproducción del hogar desde una esfera doméstica privada, es decir, ajena a las reglas y mecanismos que rigen la vida colectiva en la esfera pública y jurídicamente sometidas a la autoridad patriarcal. Este modelo, institucionalizado, rutinizado, incluso idealizado, suponía que las funciones de unos y otras se desempeñaban de forma “natural” y se realizaban de manera gratificante y desinteresada (Rico y Valera, 2011, p.29).

Sumado a este ideal patriarcal persistente en nuestras sociedades contemporáneas, también es necesario agregar un factor político en esta sección cultural, el propio Estado.

Si bien es cierto que el Estado debe ser el principal proveedor de bienes y servicios destinados a la satisfacción de las necesidades de la población, lo cierto es que el Estado ha tenido un papel secundario en toda esta cuestión del cuidado, dejando el papel protagónico principalmente a las familias, sobre todo a las mujeres.

Esto se debe a que múltiples programas y ayudas sociales destinadas tanto a las personas dependientes, sean niños, adolescentes, adultos y adultos mayores, caen bajo el factor “familiarización” (Esping-Andersen, 2000). O dicho en otras palabras, los programas de asistencia social existentes proveen la ayuda necesaria para específicas enfermedades, lesiones, tratamientos, etc, que requieran las personas dependientes, sin embargo, al terminar este proceso todas estas personas dependientes serán reenviadas a sus hogares para continuar el proceso de forma interna y bajo el cuidado de los propios familiares, sin tener en consideración el hecho de que ahora son las familias, en especial mujeres, las que tendrán, de nuevo, el papel de cuidar, ofrecer protección y brindar atenciones a la persona dependiente a su cargo.

Además de esta problemática, hay que sumarle el hecho de que los servicios de cuidado ofrecidos por estas mujeres de familia, serán obviamente de forma no remunerada, creando una vez más y sin prevenirlo, una brecha de desigualdad.

Esto mismo es afirmado por Huenchuan (2011):

En los hechos, una de las fuentes más importantes de cuidado sigue siendo la familia, la que puede afrontar esta necesidad mediante la transferencia de tiempo, es decir, ofreciendo ayuda personal, o financiándola en el mercado por medio de transferencias en efectivo. De este modo, la respuesta frente a los riesgos del

cuidado se ha trasladado a las familias, entre otras razones, a causa de que la acción estatal se limita a una reducida oferta de programas que tienen una ubicación marginal en el quehacer público. Así, el cuidado ha pasado a ser responsabilidad de los propios familiares, y de las mujeres en particular, en la medida en que el Estado ha asumido un papel secundario. [...] En efecto, la división sexual del cuidado implica que las mujeres contribuyan en forma desproporcionada al bienestar social, especialmente de los hogares pobres, a través de la prestación de servicios no remunerados de asistencia (Huenchuan, 2011, p.59).

Este papel de desigualdad ante la adquisición de servicios de cuidado será principalmente cubierto por las familias pobres, puesto que son estas quienes, al no tener una suficiente capacidad de retención de recursos económicos, tendrán que optar con cubrir esta insuficiencia de respuesta del Estado con respecto a la prestación de servicios de cuidado a través de la inversión de sus propios recursos para poder atender a las personas con dependencia que tengan bajo su cuidado.

Batthyány (2015) nos lo afirma en la siguiente citación:

[...] en América Latina la carga de trabajo no remunerado tiende a ser más alta entre las mujeres pobres, debido a que son ellas quienes enfrentan mayores obstáculos para traspasar la tarea de cuidado a otras personas o comprar servicios en el mercado, vía servicios o empleo doméstico, en contraste con el mayor margen que tienen las mujeres de ingresos medios y altos (CEPAL *apud* Batthyány, 2015).

En contraposición, las familias que tengan un cierto capital económico disponible podrán optar por contratar un prestador de cuidado del ambiente privado, siendo este último un principal motivador en la desigualdad existente para adquirir servicios de cuidado particulares. Lo cual genera un panorama desalentador para aquellas familias quienes no tengan los recursos necesarios para tratar con una persona dependiente.

### 3.1 CONVERGENCIA EN LOS SERVICIOS DE CUIDADO EN LA NIÑEZ Y EN LA VEJEZ

A pesar de estar refiriéndonos a un campo de políticas incipiente y “en desarrollo”, especialmente si es en América Latina, existe una problemática distinción en lo que se refiere a los principales receptores de los servicios de cuidado, siendo más específicos, los niños y los adultos mayores.

Durante la exploración de literatura sobre los servicios de cuidado sea latinoamericana o angloparlante, existe una cuestión acerca de crear un equilibrio entre los dos principales receptores etarios, los niños y los adultos mayores, a las cuales los autores buscan dar una solución.

Actualmente las políticas de cuidado se enfocan en la etapa de la niñez como principales destinatarios de estos servicios de cuidado, mientras los adultos mayores

se encuentran en un ligero desequilibrio con respecto a la recepción de las políticas de cuidado.

La respuesta se encuentra en la propia transición demográfica. La forma en como los estudios que existen actualmente originados por investigaciones europeas donde la mayoría de países que integran ese bloque regional ya han terminado la transición demográfica nos indican sobre la importancia y la actual relevancia que tienen los niños para el recibimiento de servicios de cuidado. Desde una respuesta por parte de los Estados, concentrados en los servicios de salud, hasta por una visión demográfica de la dominancia de esta franja etaria durante esos tiempos (Ver Gráfico 11), se puede analizar que la etapa de la niñez fue el principal objetivo de los estudios sobre los servicios de cuidado.

Debido a la transición demográfica, la franja etaria infanto-juvenil, o más concretamente, la tasa de natalidad que hubo en 1950 era tan alta que posicionaban a los actores públicos a destinar todas sus actividades para satisfacer las necesidades de ese sector etario. Sin embargo, con el constante recorrido de la transición demográfica y el análisis de Rossel (2016), se proyecta la prioridad de los gobiernos latinoamericanos para otra franja etaria, los adultos mayores. Esto se ve reflejado a partir del año 2010, cuando se ve un incremento en la relación de dependencia de los adultos mayores en contraposición con un descenso de la misma variable en la franja etaria infanto-juvenil, consiguiendo así, la atracción de los esfuerzos gubernamentales en políticas públicas y programas públicos dirigidos hacia la PAM (Ver Gráfico 11 y Gráfico 14).

Al mismo tiempo, según Batthyány, Genta y Perrotta (2013), podemos añadir un factor de complejidad en el tratamiento dirigido para los niños como para los adultos mayores con respecto al cuidado. Mientras que los niños tienen una variación de adaptabilidad analizada para saber cómo y en qué forma se deben brindar los servicios de cuidado, los adultos mayores tienen una padronización con respecto a ello. Según el siguiente cuadro, el cual hace una reunión de datos de expertos de diferentes áreas relacionadas al cuidado, no hay un consenso en cómo se debe tratar a los niños, ya que estos tienden a tener múltiples formas acerca de cómo brindarles un adecuado servicio de cuidado, sea de forma psicológica, médica o educacional, mientras que para los adultos mayores existe un consenso acerca de cómo brindarles los servicios de cuidado propiciando su calidad de vida.

**Cuadro 4** – Enfoques en el discurso experto.

	Niños/as			Adultos/as
Tipo de discurso	Psicológico educativo	Médico	Político	Consensuado
<b>Complejidad</b>	Profundo y problematizador	Menos flexible y homogéneo	Pragmático y general	Profundo
<b>Recomendaciones para el cuidado</b>	Singular (niños/as y familias)	Regularidades	Soluciones macro	Regularidades pero interviene grado de dependencia y vínculo familiar
<b>Aspecto clave del cuidado</b>	Vínculos estables y de calidad	Aspectos sanitarios del cuidado	Visión economicista	Articulación aspectos sanitarios con psicológicos del cuidado
<b>Enfoque</b>	Más cercano a la perspectiva de género. Habilita la no familiarización	Niños/as como centro	Derechos de infancia Cuidado como inversión	Derechos de los/as adultos/as mayores. Habilita la no familiarización
<b>Influencia en las familias</b>	Poco influyente en las decisiones de las familias	Influyente en las decisiones de las familias y en los decisores	Determinantes para la configuración de la oferta de cuidado, pero el sustento proviene del discurso médico	Poco influyente en las decisiones de las familias

Fuente: Extraído de Batthyány, Genta y Perrotta (2013).

El abordaje de las políticas públicas enfocada en garantizar el bienestar en las infancias demuestra dificultades para llegar a un consenso puesto que, desde un lado, puede verse como un componente psicológico con el instinto de crear vínculos con el niño, educarlo e incentivar comportamientos que sean propios de ellos; o puede verse como un componente médico el cual está enfocado en los tratamientos del niño para que pueda tener una vida longeva y saludable, haciendo una alusión tácita al aumento de la expectativa de vida que trajo la transición demográfica; o puede verse como un componente político el cual hace una referencia a Marshall (1963) acerca de la conveniencia para los gobiernos que conlleva crear políticas y regulaciones con la finalidad de beneficiar a esos

niños quienes serán los próximos ciudadanos que ofrecerán desarrollo al país, es decir, es una inversión a futuro.

A continuación, tenemos la visión consensuada de los servicios de cuidado en los adultos mayores la cual tiene como un objetivo en común, ofrecer servicios de cuidado de calidad al mismo tiempo que ofrecen autonomía en el proceso de recepción y uso de los beneficios. La autonomía a la que se refiere es muy distinta de la ofrecida a la franja etaria infanto-juvenil, ya que, si bien es cierto que se debe ofrecer servicios de cuidados adecuados para protegerlos, esto no quiere decir que tengan que vivir plenamente recibiendo esos cuidados, debido a que cuando se vuelvan adultos o independientes de los padres, estos serán totalmente incapaces de realizar alguna actividad por cuenta propia. La autonomía para esta franja etaria cumple la función de “protector” mientras que también cumple el rol de “manual de supervivencia” para poder desempeñar esas labores para sí mismo en un futuro.

Para los adultos mayores esto se vuelve “sensible”, puesto que la autonomía a la que se refiere está vinculada a la capacidad que deben tener los cuidadores para no simplemente cuidar de esas personas como simples personas dependientes que no puedan realizar ninguna acción por su cuenta, sino al hecho que deben ser cuidadores que al mismo tiempo que ofrecen una atención de calidad, también sean precavidos al momento de atenderlos, puesto que podrían hacerlos caer en una fase de dependencia aún más compleja de la que tenían.

Se sabe que algunos adultos mayores, mayormente por condición médica, necesitan de una atención más específica sea por una enfermedad o condición terminal, pero, otros adultos mayores no necesitan de este tipo de atención puesto que solo los haría volverse más dependientes de su cuidador, a la par que se sentirán incapaces de realizar ciertas actividades básicas sin la ayuda de un cuidador.

### 3.2 LA CUESTIÓN DEL CUIDADO EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Según Secchi (2011) un problema se considera público cuando este es de gran importancia para el interés colectivo y cuando los actores políticos lo interpretan como un problema a ser tratado.

Para relacionar estos conocimientos en el tratamiento del cuidado como parte de las políticas públicas, debemos considerar los tres elementos de este problema.

El elemento político está enfocado a los actores políticos, responsables de la formulación de políticas públicas y los recibidores de este *output*<sup>17</sup>.

El elemento cultural está enfocado, principalmente, a la concepción social de las mujeres como responsables únicas y protagónicas de ofrecer servicios de cuidado. Originando al mismo tiempo, un amplio debate de todo lo que conlleva esta afirmación como pueden ser la división sexual del trabajo y los roles de género.

El elemento demográfico se dirige a una explicación basada en el fenómeno conocido como la transición demográfica el cual ha tenido y tiene, además de alterar la distribución de las franjas etarias, impactos en la formulación de políticas públicas para el cuidado.

A pesar de que estos tres elementos tienen efectos similares en la formulación de políticas públicas del cuidado, también hay que tomar en cuenta dos momentos clave que ha tenido la discusión del cuidado durante el siglo pasado y el presente siglo.

En primer lugar, representado en el siguiente cuadro, se encuentra el periodo a partir de 1950 en el cual las políticas públicas de protección social estaban enfocadas en el infante puesto que la alta tasa de natalidad, por ese entonces, concentraba los esfuerzos gubernamentales hacia esa franja etaria los cuales son categorizados en el concepto del cuidado como personas dependientes. Por consecuencia de ello, las políticas y programas públicos hacia la mujer embarazada comparten el mismo propósito natalista.

Autores como Marshall (1963) ya formularon estas ideas gracias a la creación del Estado de Bienestar y la adquisición de la ciudadanía.

**Cuadro 5 – Primera etapa de impactos de la transición demográfica, periodo: 1950-2010.**

Efectos	Alta tasa de natalidad	Alta tasa de mortalidad	Baja expectativa de vida
Elemento cultural y político	Los cuidadores, principalmente mujeres, invertían mucho tiempo en estas tareas, mayormente no remuneradas, bajo el ideal <i>social</i> de ser atribuidas a estas tareas por mera cuestión de género.		
Elemento demográfico	La franja etaria estaba muy concentrada en la niñez y los primeros años de vida, mientras que al mismo tiempo la etapa de la vejez no solía tener un impacto		

<sup>17</sup> Término extraído de Secchi (2011) el cual significa “resultados”. Esto quiere decir que, al identificar el problema público, sus efectos y consecuencias, y finalmente tener una visión clara para la formulación de la política públicas, esta última generará un “resultado” (en este caso, una política pública) la cual será otorgada a las personas (los recibidores) a quienes iba dirigida esta política pública en un principio.

	relevante, al mismo nivel que la niñez, en las decisiones gubernamentales. La mortalidad daba pasos similares a la natalidad, puesto que el conocimiento y la tecnología por ese entonces, era anticuada y no solucionaba muchos de los problemas existentes.
--	---

Fuente: Elaboración del autor, en base a la información de Pérez Brignoli (2022) Rossel (2016), Batthyány (2015) y Ferro (2021).

En segundo lugar, representado en el siguiente cuadro, tenemos la segunda etapa de efectos que trajo la transición demográfica, el cual se continúa evidenciando en nuestras sociedades actuales. Teniendo su punto clave a partir del 2010, esta segunda etapa vino con una reversión total de los efectos de la primera. Es decir, se caracteriza por una baja natalidad y mortalidad, en contraposición con el crecimiento de la expectativa de vida. Debido a esto, el protagonismo en la distribución de las franjas etarias lo tuvo la población adulta mayor, la cual tendrá aún más importancia debido al proceso denominado “envejecimiento del envejecimiento” (Rossel, 2016). Lo cual también es proyectado en los gráficos interactivos del *World Population Prospects*, que realiza la UNDESA, así como de CEPALSTAT.

Además, tenemos un ligero cambio en el aspecto cultural. A pesar de que las mujeres, en su mayoría, continúan ejerciendo el rol de cuidadoras por las distinciones de género, ya comienza a despertar una cierta concientización social acerca de la necesaria redistribución de las labores del cuidado, siendo estas llevadas a cabo también por otros miembros de la familia, siendo hombres e inclusive niños y adolescentes, aunque en forma mínima según nos demuestran las estadísticas de uso del tiempo (Ver Gráfico 1 y Tabla 1). Al mismo tiempo que el Estado comienza a dar ciertas ventajas a estos cuidadores para cubrir la poca oferta pública que pueden brindar.

**Cuadro 6** – Segunda etapa de impactos de la transición demográfica, período: 2010 al presente.

Efectos	Baja tasa de natalidad	Baja tasa de mortalidad	Alta expectativa de vida
Elemento político y cultural	Los cuidadores, principalmente mujeres, invierten mucho tiempo en estas tareas, mayormente no remuneradas, bajo el ideal <i>natural</i> de ser atribuidas a estas tareas por mera cuestión de género justificadas en las diferencias biológicas de los cuerpos de hombres y mujeres. Sin embargo, se están formulando, lentamente, reconocimientos laborales y de participación a estos cuidadores por una labor la cual se espera que sea exclusiva del Estado.		
Elemento demográfico	La franja etaria ya no tiene una distribución concentrada en los primeros años de vida gracias a la baja tasa de natalidad. Mientras que la etapa de la vejez comienza a tener un mayor protagonismo debido a su atenuada concentración en la franja etaria. Gracias al avance y la ampliación de conocimiento de las tecnologías e		

	información, la natalidad y mortalidad consiguieron ser frenadas hasta cierto punto. Sin embargo, por consecuencia de esto, la expectativa de vida ha aumentado hasta tal punto que se ha creado lo que hoy se denomina “envejecimiento del envejecimiento”.
--	--

Fuente: Elaboración del autor, en base a la información de Pérez Brignoli (2022) Rossel (2016), Batthyány (2015) y Ferro (2021).

Esto se ve reflejado en la formulación de políticas públicas de cuidado por asignación de tiempo, locación de ingresos y locación de servicios (Ferro, 2021).

Las políticas de asignación de tiempo son aquellas que permiten destinar parte del tiempo del trabajo, público o privado, a la dedicación de labores de cuidado no remunerados. Esto tiene su representación icónica en lo que a día de hoy se conoce como permisos o licencias de maternidad, de paternidad, de lactancia, entre otros.

A modo de ejemplo, en Perú se encuentra la Ley N° 30367, llamada Ley que protege a la madre trabajadora contra el despido arbitrario y prolonga su periodo de descanso, como referencia a la licencia por maternidad y lactancia - siendo de 98 días - y la Ley N° 30807, llamada Ley que concede el derecho de licencia por paternidad a los trabajadores de la actividad pública y privada, el cual es de 10 días - o hasta 30 dependiendo si es un caso especial; y en Argentina se encuentra la Ley N° 20744, llamada Ley de Contrato de Trabajo, la cual establece en su artículo 158, inciso a, la licencia por paternidad de 2 días, en comparación con la licencia por maternidad, en su artículo 177, de 90 días.

Las políticas de locación de ingresos hacen referencia a aquellos ingresos adicionales que se les ofrece a los empleados, mayormente de baja renta, destinados a ofrecer un complemento económico a los trabajadores que cuenten con personas dependientes bajo su cargo, especialmente niños. Esto se ve representado en las Asignaciones Familiares, como es el caso de Argentina en la Ley N° 24714; o el Salario-Familiar en Brasil, estipulado en la Ley N° 4266, y la Asignación de Beneficios de Asistencia Social, en la Ley N° 8213.

Las políticas de locación de servicios son aquellos servicios públicos de cuidados ofrecidos tanto por organizaciones civiles como por el propio Estado, buscan disminuir y delegar la carga, considerable, de cuidado existentes en las familias. Estas pueden ser “jardines de infancia, hogar de ancianos, centros de día, instituciones para la discapacidad, cuidados especiales en ámbitos educativos, hogares de huérfanos, casas-

cuna y espacios de inclusión en general.” (Ferro, 2021, p. 96) entre otros espacios con similar función.

Para ejemplificarlo, se utilizara lo expresado en el Sistema Nacional Integral de Cuidados (SNIC) de Uruguay, el cual coloca como parte de su Plan Nacional de Cuidados 2021-2025 en conjunto con la Ley N° 19353, la existencia y planificación de infraestructura pública destinada a la franja etaria adulta mayor como los Centros de Día y los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEPEM); o también destinadas para la franja etaria infante-juvenil tales como los Centros de educación y cuidados en acuerdo con Sindicatos y Empresas (Centros SIEMPRE) y Casas Comunitarias Territoriales en pequeñas comunidades (CCC).

Por último, pero no menos importante, nos encontramos con los Programas de Transferencias Condicionadas (PTC). Estos programas son destinados a la población en situación de pobreza, ofreciéndoles un aporte monetario subsidiario en complementariedad con servicios de asistencia social, educación, alimentación, salud. Para entender mejor cómo funcionan estos programas, se debe analizar sus tres elementos que hacen posible crear uno de estos tipos de programas: dinero, focalización y condicionalidad.

La condicionalidad tiene que ver con que son las madres las que son quienes reciben en forma preferente estos recursos, éstas deben demostrar que hijos e hijas asisten a la escuela y tienen atenciones médicas y vacunas en día como condición para percibir tales recursos.

#### **Cuadro 7 - Elementos de los PTC.**

Elementos	Significado	Preguntas evaluativas
Dinero	La cantidad de ingresos económicos que serán destinados a esta población específica.	¿Cuánto dinero se le debe destinar a ese tipo de población?
Focalización	Es el rango o cobertura que se desea concentrar ese programa, es decir, genérica.	¿A qué franja etaria debería estar destinado el programa? ¿En qué tipo de región se deben encontrar? ¿Qué tipo de estructura familiar debe ser considerada prioritaria tener? ¿Cuántos ingresos mensuales deberían recibir?
Condicionalidad	Dentro del rango genérico de la cobertura del programa, se establecen ciertos parámetros para clasificar a cierto tipo de	¿Deberían destinarse a niños, adultos, adultos mayores? ¿Tienen que estar bajo situación de pobreza o pobreza extrema?

	<p>población dependiendo de sus necesidades, urgencias, percepción económica, dependientes a su cargo, vulnerabilidad, entre muchos otros.</p>	<p>¿A partir de qué franja de ingresos económicos mensuales ingresarían en el programa?          ¿Deben ser prioritarios quienes residen en zona rural o quienes residen en zona urbana?          ¿Son personas que pueden comprobar la necesidad de recibir la ayuda que brinda el programa?          ¿Por cuánto tiempo máximo podrían recibir la ayuda del programa?          ¿Debe existir un sistema de rendición de cuentas para evaluar los resultados obtenidos?</p>
--	--	--

Fuente: Elaboración del autor, en base a la información del Banco Mundial *apud* Rodríguez Enríquez (2011).

En Brasil se encuentra el programa Bolsa Familia que, a través de la Ley N° 14601, establece una renta básica para aquellas familias en situación de pobreza, y al mismo tiempo busca promover el desarrollo de la familia, especialmente a los niños y jóvenes; el programa Minha Casa Minha Vida que, a través de la Ley N° 14620, ofrece un subsidio, en este caso habitacional, para aquellas familias vulnerables en situación de pobreza, en situación de calle, en situación de emergencia y por desastres naturales; y el Beneficio de Prestación Continuada (BPC), instituida en el artículo 20 de la Ley N° 8742, la cual garantiza un salario mínimo para las personas con discapacidad o adultos mayores a partir de 65 años que no tengan medios para sustentarse a sí mismo ni a sus familias.

En Argentina se encuentra la Asignación Universal por Hijo (AUH), encontrado en la Ley N° 24714, artículo 1 inciso c, que brinda un subsidio económico para aquellas familias desocupadas o con trabajo informal, con el fin de ofrecer una rendición de cuentas ante, principalmente, los hijos quienes deben contar con una buena salud y educación; e iniciativas como el Programa Familias por la Inclusión Social y el Programa Jefes y Jefas de Hogar Desocupados, bajo la Ley N° 26077 y el Decreto 1506/04, las cuales ofrecían un subsidio para aquellas familias que se encontraban en situaciones vulnerables y de riesgo social, promoviendo su inclusión social a partir de la educación, inserción laboral, salud, entre otros (Pautassi y Zibecchi *apud* Rico y Valera, 2011).

En Perú se encuentra el Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres (JUNTOS), bajo el Decreto Supremo N° 062-2005-PCM, que subsidia económicamente a las familias pobres y promover la participación de estas en la salud, educación y otros servicios, sobre todo para el cuidado de los infantes; y el Programa Pensión 65, estipulada en el Decreto Supremo N° 081-2011-PCM, el cual ofrece una subvención económica para aquellos adultos mayores de 65 años quienes no tienen

condiciones para autosustentarse y que se encuentren en situación de pobreza o pobreza extrema.

Las aportaciones hechas por Ferro (2021) y Rodríguez Enríquez (2011) son coincidentes con el siguiente cuadro elaborado por Rico y Robles citados por Guimarães y Hirata (2021) que resume los avances realizados en América Latina en el tema de la formulación de políticas públicas de cuidado.

**Cuadro 8** – Componentes de las políticas integradas de cuidado.

Population requiring care	Policy components	Care providers
Monetary transfers for hiring care services (including cash-for-care benefits for people with disabilities, which can improve their independent living and enable employment of personal assistants).	Monetary resources	Monetary transfers for care providers
		Pension award in recognition of care responsibilities
Day centres and long-term stay residences	Services	Training for care providers
Home-based care		Short-term care provision (hours or weekend) allowing unpaid care providers to rest and handle their personal needs
Tele-care		
Care residences		
Quality standards for care services	Time	Maternal and paternal leave, Parental leave and care
		Policies to balance work and family life
Quality standards for care services	Regulation and inspection	Labour and social protection norms for paid care workers and care services

Fuente: Extraído de Rico y Robles *apud* Guimarães y Hirata (2021)

A pesar de estos avances, muchas de estas políticas son dirigidas para la población infanto-juvenil, mientras que los adultos mayores tienen menos en comparación. Además de que se basan en compensaciones monetarias mínimas, complementariedades a los derechos laborales u oferta de infraestructura pública. En otras palabras, no confrontan la verdadera esencia del cuidado, sino que buscan resolver pequeñas variables que “no alteren el *status quo* de la población vulnerable” (Marshall, 1963) dentro de los problemas sociales de vulnerabilidad anexos a esta.

Y sin perder relevancia en el asunto, son de nuevo las mujeres quienes tienen una mayor recepción de estos programas debido a la feminización de la pobreza, y

una mayor responsabilidad “natural” por parte de estos programas, por causa del sistema de rendición de cuentas que se les solicita a ellas para velar tanto por los niños como por los adultos mayores.

Cuando el Estado actúa como subsidiario, atiende las demandas de algunas mujeres — frecuentemente, las menos favorecidas — subsidiando, por lo general, servicios de mala calidad o redes comunitarias que aprovechan los saberes “naturales” de las mujeres. Si bien estos servicios alivian las necesidades de las mujeres, también refuerzan la división sexual del trabajo en lugar de cuestionarla (Batthyány, 2015, p. 12).

Por ello, nos encontramos en una situación en que la formulación de políticas públicas tiene elementos a considerar que pueden traer ciertas complicaciones a la hora de implementarlas:

- Económicos: como la contribución que hacen los cuidadores al PBI de un país (Ver Gráfico 16).
- Legales: por los reconocimientos de derechos del cuidado tanto de recibidores como de proveedores.
- Sociales: por el cuestionamiento cultural que se le hace, principalmente, a la mujer respecto a su rol de género.
- Sanitarios: puesto que el cuidado involucra la salud de las personas dependientes, además de muchos otros aspectos no sanitarios.
- Estadísticos: en referencia a las Encuestas de Uso del Tiempo, las cuales abren debate sobre la distribución del tiempo para los hombres y mujeres. Sobre todo, estas últimas quienes se encuentran en un “término medio” al dividir el tiempo entre su “emancipación” económica, social, profesional, etc, y las labores domésticas y del cuidado “naturales” por su género (Ver Cuadro 1 y Tabla 1).
- Gubernamentales: por el hecho de tener dificultades sobre cómo lidiar con este problema público y formular soluciones para beneficiar a los dos principales receptores, la PAM y las mujeres.

Adicionalmente, y utilizando las categorizaciones de Gormley y Gustafsson citadas por Secchi (2011), se puede considerar el cuidado como una política pública de sala operatoria o una “pseudopolítica”.

**Cuadro 9** – Categorización de políticas públicas de Gormley.

		<i>Complexidade</i>	
		<i>Alta</i>	<i>Baixa</i>
<i>Saliência</i>	<i>Alta</i>	<i>Política de sala operatória (operating room politics)</i>	<i>Política de audiência (hearing room politics)</i>
	<i>Baixa</i>	<i>Política de sala de reuniões (board room politics)</i>	<i>Política de baixo calão (street level politics)</i>

Fuente: Extraído de Gormley apud Secchi (2011).

Una política de sala operatoria se le dice a aquella política que tiene una alta capacidad de afectar o llamar la atención de la población, mientras que al mismo tiempo tiene una alta complejidad. Podemos entender la alta capacidad de afectar la población por el hecho de que el presente objeto de estudio, el cual son los servicios públicos de cuidado en la población adulta mayor, no solo afecta a la PAM, sino también afecta a otras franjas etarias como pueden ser los niños/adolescentes, puestos que estos también deben recibir servicios de cuidados; adultos, puesto que estos son población económicamente activa, la cual se encarga de suministrar la oferta de cuidado que el Estado no puede brindar; y las mujeres, principales proveedoras de servicios de cuidados tanto sean remunerados fuera del hogar como no remunerados en el marco de las relaciones afectivas en los hogares.

La complejidad es entendida como el conocimiento que se debe tener de un problema multidimensional a tratar en forma política. Entendiendo esto y por la literatura ya expuesta, podemos cuestionar que si bien algunos países como Uruguay, Argentina, Brasil y Perú tienen una noción acerca de cómo implementar políticas de cuidado enfocadas en la distribución de recursos económicos, servicios y tiempo, estas aún necesitan más planificación y elaboración desde la definición de su público-objetivo a ser atendido, sean estos niños o adultos mayores, hasta las variables que desean atender relacionadas al cuidado, sea salud, asistencia social, protección social, sistema previsionales, educación, entre otros. Sin desconsiderar que esta problemática guarda un factor obstaculizador de conocimiento basado en la “obsoleta” y vigente idea de los estudios sobre el campo del cuidado en la comunidad europea del siglo pasado y la reutilización de estos mismos estudios para la creación de las primeras bases de políticas públicas e investigaciones en el campo del cuidado del presente siglo en América Latina.

**Cuadro 10** – Categorización de políticas públicas de Gustafsson.

		<i>Intenção de implementar a política pública</i>	
		<i>Sim</i>	<i>Não</i>
<i>Conhecimento para a elaboração e implementação</i>	<i>Disponível</i>	<i>Política real</i>	<i>Política simbólica</i>
	<i>Indisponível</i>	<i>Pseudopolítica</i>	<i>Política sem sentido</i>

Fuente: Extraído de Gustafsson *apud* Secchi (2011).

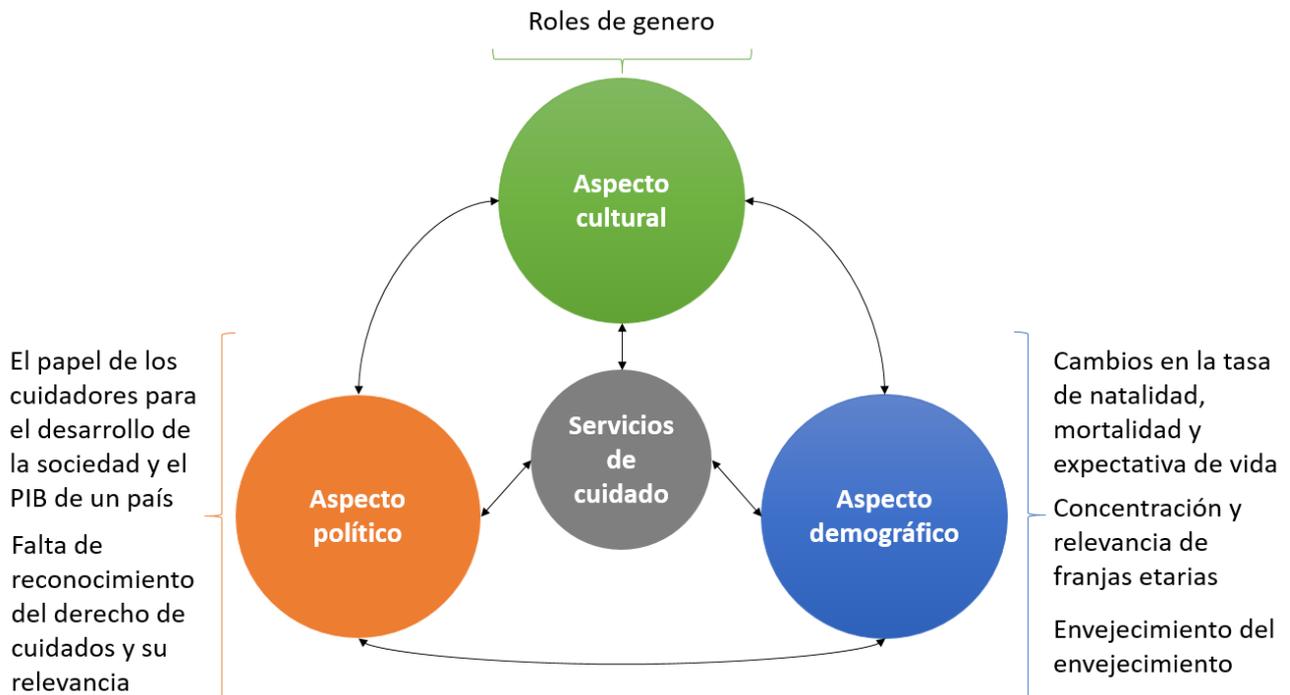
La definición del prefijo “pseudo” significa “falso”, es decir, una pseudopolítica significa una “falsa política” bajo el punto de vista etimológico. Por ende, no se utilizará esta concepción basada en el origen de la palabra “pseudo” sino que se usará en base a lo que indica la categorización de Gustafsson citada por Secchi (2011).

La pseudopolítica es aquella política en la cual existen intenciones para querer implementar esta política, pero tiene fallas a la hora de tener conocimientos previos para poder implementarla. Esta categorización se ve muy reflejada en muchos debates políticos sobre formulación de políticas públicas. Si bien existen dificultades para analizar el problema y crear una alternativa, la fase de implementación conlleva riesgos que, dependiendo cuanto conocimiento previo se tenga en mente, puede disminuirlos o aumentarlos. Es por ello que, aun cuando están presentes las intenciones para poder mitigar la falta de oferta de servicios de cuidado en la población adulta mayor repartidas en variables como la salud, asistencia social, sistemas jubilatorios y demás, también existe la falta de conocimientos para sostener estas mismas acciones, representadas tanto en el desconocimiento de factores externos, como puede ser el caso de la transición demográfica; como internos, como puede ser la formulación de un programa para la PAM y la distribución de un presupuesto adecuado.

En resumen, al juntar estos elementos bajo la idea de Secchi (2011) de cómo identificar al problema público para después introducirlo en la formulación de la agenda, la primera fase del ciclo de políticas públicas, debemos entender que tiene que existir cierta sinergia entre estos elementos, los cuales ya de por sí, tienen tópicos amplios de discusión pública.

Esta representación se verá en el siguiente cuadro donde podremos observar las múltiples conexiones que existen tanto en elementos políticos, demográficos y culturales para los servicios de cuidado. Sin desconsiderar que cada uno de estos elementos se relacionan entre sí considerando sus múltiples aspectos, sean de índole económicos, legales, sociales, de gestión gubernamental, etc.

**Cuadro 11** – La interacción de los elementos del cuidado.



Fuente: Elaboración del autor, en base a la información de Pérez Brignoli (2022) Rossel (2016), Batthyány (2015) y Ferro (2021).

Es por ello que, dependiendo de estos aspectos principalmente, los *policymakers*<sup>18</sup> tendrán que tomarlos en cuenta al momento de querer proponer soluciones para este problema público. Aunque también cabe la idea de que puedan surgir muchos más aspectos adheridos o ajenos a los mencionados aquí, los cuales también tienen cierto impacto en la formulación de políticas públicas, como puede ser el aspecto económico, es decir, cuánto se debería invertir en este problema para que pueda ser una inversión racional y eficiente para el Estado, mientras que al mismo tiempo pueda satisfacer las necesidades de la población.

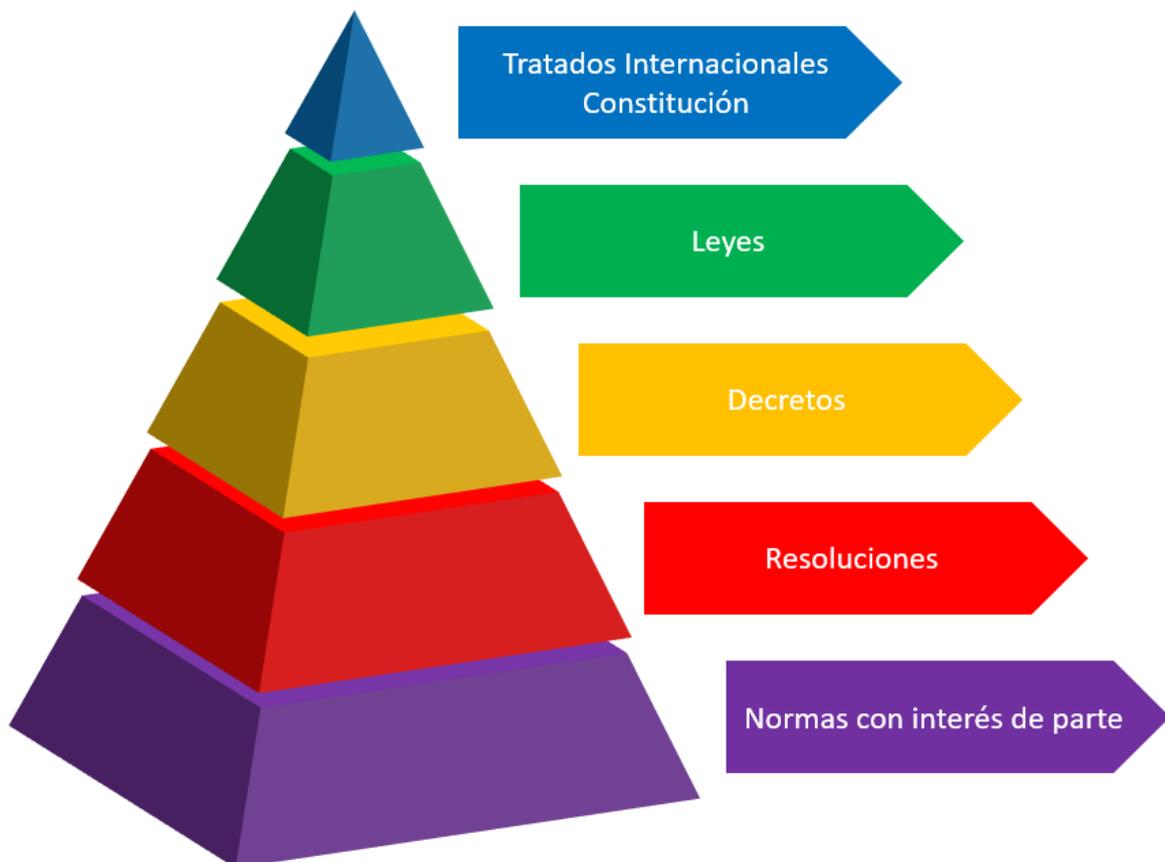
<sup>18</sup> Término extraído de Secchi (2011) el cual significa “creadores de políticas” los cuales hacen referencia a actores gubernamentales directamente relacionados con el Estado, como actores no relacionados con el Estado pero que tengan cierta influencia, actores privados, organizaciones civiles, entidades con intereses en específico, etc, quienes tienen un grado de toma de decisión y de influencia dentro de la creación de políticas públicas.

## 4 LEGISLACIÓN Y GESTIÓN DEL CUIDADO A LA PAM EN EL SISTEMA PÚBLICO PERUANO

En esta sección se realizó un análisis en profundidad del orden jurídico peruano distribuido en distintos niveles jerárquicos, desde la Constitución y los Tratados Internacionales, pasando por Leyes, Decretos, Resoluciones y Normas con Interés de Parte. Es por ello que se utilizara la Pirámide de Kelsen para explicar de manera dinámica la jerarquización de las distintas herramientas legislativas peruanas en contemplación con los servicios de cuidados para la PAM.

Esta pirámide, representada en el siguiente cuadro, utilizada principalmente en el campo del derecho, es importante para analizar las distintas jerarquías que tendrán ciertos aparatos legislativos de amplitud internacional y nacional sobre los servicios de cuidado en la población adulta mayor.

**Cuadro 12** – La Pirámide de Kelsen.



Fuente: Elaboración del autor en base a Mazza (2014).

En el primer nivel de la pirámide se encuentran los Tratados Internacionales: en el caso peruano, los tratados internacionales que son competencia en materia de lo que se está investigando en este Trabajo de Conclusión de Curso (TCC), se pueden mencionar a la Convención Americana sobre los Derechos Humanos o "Pacto de San José" el cual fue suscrita entre el 7 hasta el 22 de noviembre de 1969 y fue ratificada en Perú el 28 de julio de 1978; la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores ratificada en Perú el 15 de junio de 2015; y la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, adoptada en Guatemala el 7 de junio de 1999 y fue ratificada en Perú el 30 de agosto de 2001.

La representación del Tratado sobre los Derechos Humanos y de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores se ve representado en todo el artículo 2 de la Constitución Política del Perú de 1993, mientras que el Tratado para la eliminación de todas las formas de discriminación en contra de los Adultos Mayores se ve reflejada tanto en la Constitución Política del Perú de 1993, en su artículo 2 - índice 2, y en la ley nº 30490, específicamente en los artículos 5, 8, 23, 24, 30, 31, 32, 35 y 36.

Adjunto a este al primer nivel se encuentra el articulado constitucional que los incorpora: la Constitución Política del Perú vigente, es la principal herramienta nacional que se debe respetar para la formulación de programas, servicios y políticas públicas destinadas a la población adulta mayor y es por ello que se la analiza en este apartado.

En segundo nivel, tenemos a las Leyes. Por ello analizamos aquí la ley nº 30490, titulada Ley de la Personan Adulta Mayor, gestionada principalmente por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables en asociación con otros Ministerios, como máxima ley en provecho de la protección de los derechos de los adultos mayores, siendo labor del Estado, gobiernos regionales y locales, comunidades y la familia en brindar apoyo hacia esta franja etaria.

En tercer nivel se encuentran los Decretos: a pesar de que no se encuentra explícita la palabra "adultos mayores", la persona con discapacidad suele referirse, mayormente, a esta franja etaria, sin desconsiderar a niños, adolescentes o adultos que también las puedan padecer. Pero, es el avance de los años de la franja etaria adulta mayor que tiene una relación inversamente proporcional con la defensa ante las discapacidades,

es decir, según Rossel (2016), mientras la PAM continúa envejeciendo, sus probabilidades de resistencia ante una discapacidad disminuyen. Es por ello que, a modo de ejemplo, se menciona aquí el Decreto Legislativo N° 1384 el cual reconoce y regula la capacidad jurídica de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones, es decir, reconoce la igualdad de derechos hacia las personas con discapacidad; y el Decreto Legislativo N° 1417 que promueve la inclusión de las personas con discapacidad en la sociedad peruana.

En el cuarto nivel están las Resoluciones: al respecto podemos mencionar la Resolución Ministerial N° 789 del año 2023 implementada por el Ministerio de Salud, el cual establece una normativa a fin de ampliar la cobertura de la salud hacia la PAM, es un ejemplo de este nivel jerárquico en la pirámide de Kelsen.

Y en el último nivel tenemos las normas con interés de parte: teniendo una comparación más clara de este nivel normativo, en este caso podemos representarlo con la Defensoría del Pueblo, en su sección hacia la PAM, donde se encuentran reglamentos, normativas e informes con el fin de hacer cumplir las normas jurídicas superiores al cual está vinculado.

Algunas de estas representaciones se verán mejor explicadas y detalladas en las siguientes subsecciones del presente capítulo.

#### 4.1 EL CUIDADO EN LA CONSTITUCIÓN PERUANA

Habiendo tenido un contexto general de lo que es el cuidado y su importancia en la sociedad global, nos queda responder una última cuestión: ¿existen bases legales contemporáneas que sustenten o refuercen la atención académica en este campo “en desarrollo”?

En el caso de la legalidad peruana, vemos que de hecho las hay, y que a pesar de que no están explícitamente escritas bajo la etiqueta de “cuidado” entendemos, siguiendo a Ferro (2023), que estas tienen una cierta relación directa, o que son tajantemente directas, con el cuidado hacia la PAM.

[...] nos preguntamos cómo se reflejan en la legislación estos cambios estructurales e irreversibles en la estructura etaria de la población, que crean una demanda de cuidados sin precedentes debido al envejecimiento en un contexto de caída de la disponibilidad de las cuidadoras “naturales”, ya que finalmente es la que impulsa y organiza la infraestructura pública de cuidados, proporcionando una base normativa para las políticas públicas. [...] se basa en el análisis de la carta constitucional ya que, y siguiendo a Amilcare Carletti (2000), las constituciones son las principales productoras de derecho (Ferro, 2023, p. 6, traducción nuestra).

Siguiendo esta línea de análisis se presenta a continuación un cuadro explicativo focalizado en la Constitución Política del Perú de 1993 con la temática del cuidado hacia la PAM.

**Cuadro 13** – El cuidado de los adultos mayores en la Constitución Política del Perú vigente.

Articulado		Interpretación	Ejemplo
Artículo 2, inciso I	<p>Toda persona tiene derecho:</p> <p>A la vida, a su identidad, a su integridad moral, psíquica y física y a su libre desarrollo y bienestar.</p> <p>El concebido es sujeto de derecho en todo cuanto le favorece.</p>	<p>Este artículo parte de la concepción igualitaria de que todos, son merecedores de recibirlos, incluidos por supuesto, los adultos mayores.</p>	<p>A pesar de ser repetitivo, este artículo es una “simplificación” de lo que está expuesta en la Declaración Universal de los Derechos Humanos suscrita en Perú en 1978 en la cual están incluidos los adultos mayores.</p>
Artículo 4	<p>La comunidad y el Estado protegen especialmente al niño, al adolescente, a la madre y al anciano en situación de abandono.</p> <p>También protegen a la familia y promueven el matrimonio.</p> <p>Reconocen a estos últimos como institutos naturales y fundamentales de la sociedad.</p>	<p>Lo importante radica en que el Estado protege al anciano en estado de abandono.</p>	<p>El programa INABIF, gestionado por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, representa el cumplimiento de este artículo.</p>
Artículo 7	<p>Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa.</p> <p>La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad.</p>	<p>Este artículo tiene una doble interpretación. Primero hace referencia a una universalización de la salud. Segundo, está enfocado en la persona dependiente, en este caso la incapacitada, la cual necesita de protección, atención y seguridad, haciendo alusión al cuidado.</p>	<p>El programa SIS, gestionado principalmente por el Ministerio de Salud, es una de las representaciones más claras del cumplimiento de este artículo. Otro ejemplo sería la Red <i>Amachay</i>, gestionada por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, la cual tiene en una vertiente la protección de la persona con discapacidad severa.</p>

Artículo 9	<p>El Estado determina la política nacional de salud.</p> <p>El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación.</p> <p>Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud.</p>	<p>El Estado tiene que flexibilizar el acceso a los servicios de salud, de manera de no volverlo un “negocio”. Además de buscar la universalización de esta.</p>	<p>El programa SIS cumple con este artículo, debido a que es constantemente fiscalizado por el Estado debido a que es una de los programas más solicitados en el país.</p>
Artículo 10	<p>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.</p>	<p>Toda persona es merecedora de seguridad social y una mejor calidad de vida.</p>	<p>A pesar de que el concepto “calidad de vida” puede ser amplio, se puede decir que muchos programas se complementan entre sí para dar cumplimiento al artículo.</p> <p>El programa SIS para la salud, el programa INABIF y Pensión 65 para la protección social, el programa PEBAJA o EBA para la educación, entre otros.</p>
Artículo 11	<p>El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa asimismo su eficaz funcionamiento.</p>	<p>Un libre acceso tanto a los servicios de salud como a los sistemas de pensiones.</p>	<p>El programa SIS cumple con este artículo.</p> <p>Por el otro lado, si bien existen sistemas previsionales típicos como la ONP, dirigida a la contribución jubilatoria de trabajadores con un sueldo reducido, y la AFP, dirigida a la contribución jubilatoria de trabajadores con un sueldo promedio-alto, también está la Pensión 65, dirigida para los adultos mayores quienes no encasillaron en los otros 2 sistemas mencionados anteriormente.</p>
Artículo 12	<p>Los fondos y las reservas de la seguridad social son intangibles. Los recursos se aplican en la forma y bajo la responsabilidad que señala la ley.</p>	<p>El presupuesto para la seguridad social no puede ser alterado de ninguna forma.</p>	<p>El Fondo de Cooperación para el Desarrollo Social (FONCODES) gestionado por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, es un ejemplo de las reservas de seguridad social que deben tener para la protección de adultos mayores y sustentabilidad en programas, infraestructura, etc.</p>

Fuente: Elaboración del autor, en base a la Constitución Política del Perú de 1993.

A continuación, se detalla la ley de la Persona Adulta Mayor, o también llamada Ley nº 30490, el cual representa el máximo pilar de los derechos que deben recibir las personas adultas mayores peruanas, y es a partir de esta ley que se originan, formulan y crean políticas públicas, programas, subsidios, auxilios y protecciones para la PAM.

## 4.2 ANÁLISIS DE LA LEY N° 30490

Siendo la principal ley en favor de los adultos mayores, se encarga de establecer los derechos y servicios que la PAM tendría garantizado para gozar en plenitud, mientras que al mismo tiempo determina una serie de deberes y competencias que el Estado, a través del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables como principal entidad responsable, en asociación con el Ministerio de Salud, el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (MINJUSDH), entre otros ministerios; los gobiernos locales y regionales, organizaciones civiles<sup>19</sup> y la familia, deben tener en cuenta para poder complacer a esta franja etaria, siendo esta de índole social, económico, cultural, político, etc.

Esta ley tiene 4 principios generales que rigen la forma en la cual toda política pública, servicio o programa, deben estar enfocados para asistir a la población adulta mayor:

- Promoción y protección de los derechos de las personas adultas mayores.
- Protección familiar y comunitaria.
- Seguridad física, económica y social.
- Atención de la salud centrada en la persona adulta mayor.

Representado en el siguiente cuadro, esta ley contiene 37 artículos, los cuales mantienen la coherencia en conformidad con sus 4 principios generales mencionados anteriormente.

---

<sup>19</sup> Según Ferro (2021) entendemos por organizaciones civiles a aquellos que conforman una red de actuación por parte de la comunidad y en ciertas ocasiones pueden tener una conexión gubernamental, especialmente en lo que hace al financiamiento con fondos públicos y a las regulaciones a las cuales deben acogerse, tal es el caso de Iglesias, Asociaciones y Redes de Comunidad de Apoyo.

## Cuadro 14 – La importancia de la ley n° 30490.



Fuente: Elaboración del autor, en base a la ley n° 30490.

Adicionalmente a esto, también debemos recordar que algunos de estos artículos pueden verse conectados, como el artículo 19, el cual atribuye tanto al Ministerio de Salud como al Seguro Social de Salud a proveer servicios de salud, con ayuda de los gobiernos, también se hace una conexión con el fin de cumplir su derecho universal de acceso a la salud; o el artículo 25, del cual puede hacerse una multi-conexión hacia los 4 principios en simultáneo ya que al brindar protección social incluye:

- La atención a la salud atribuida por el MINSAL y EsSalud.
- La asociación entre el MIMP, MINJUSDH, MIDIS, entre otros ministerios y entidades para garantizar la correcta efectivización de sus derechos.
- Una adecuada accesibilidad de la PAM para los servicios del cuidado, representado en salud, empleo, sistema previsional, educación, etc.
- La promoción del buen trato rechazando conductas “violentas”, es decir, la ausencia de acciones que “cause daño de cualquier naturaleza o que vulnere el goce o ejercicio de sus derechos humanos y libertades fundamentales” (Perú, 2016) respetando su dignidad, independencia y no discriminación.

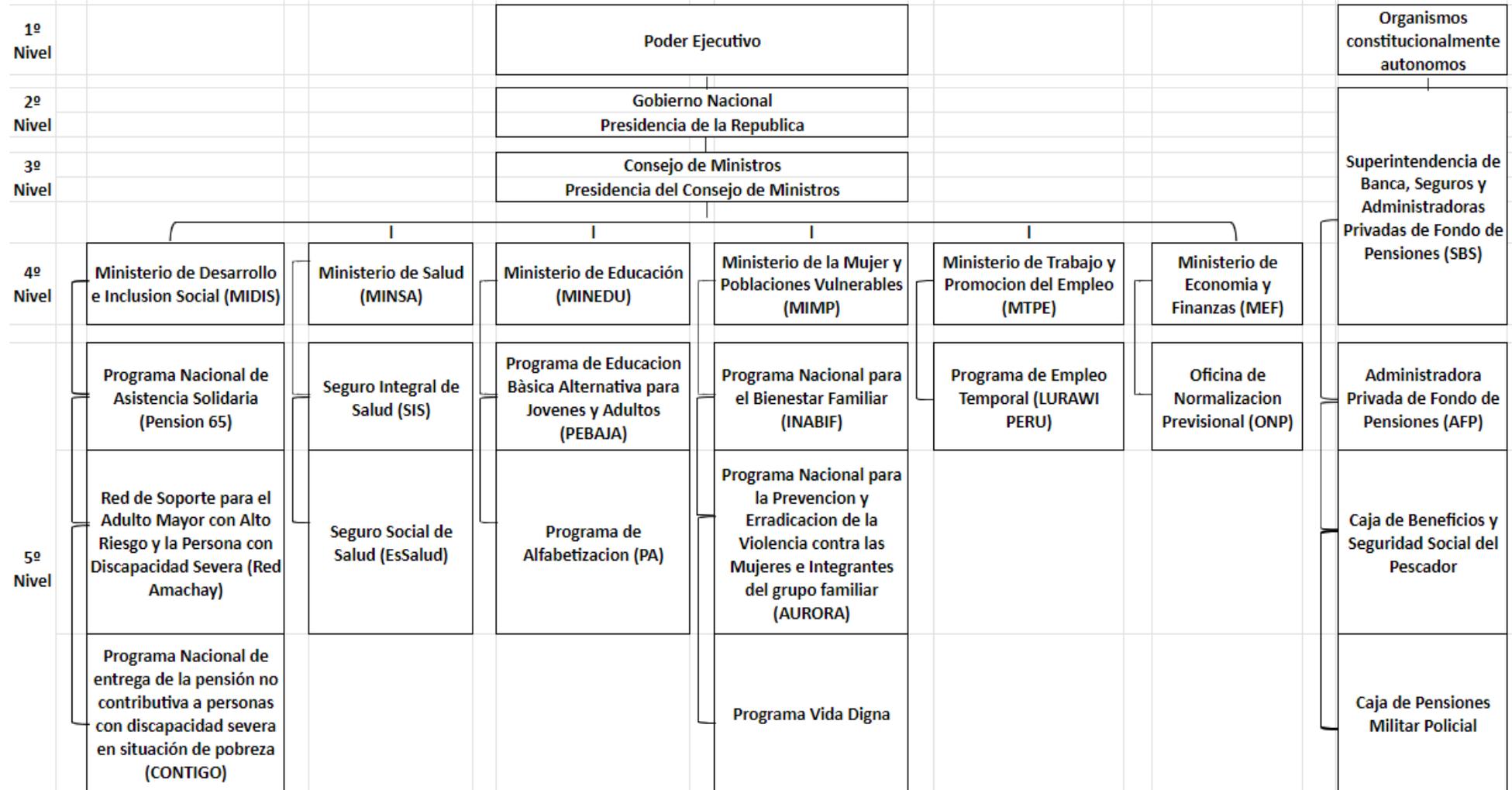
#### 4.3 EL CUIDADO EN EL ORGANIGRAMA ESTATAL PERUANO

Habiendo analizado tanto la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, el Tratado para la eliminación de todas las formas de discriminación en contra de los Adultos Mayores, la Constitución Política del Perú vigente así como la ley nº 30490 en escalas superiores y generales en el tema del cuidado, nos toca entrar en un sector más directo para la temática presente, como serían los programas y políticas públicas creadas con el fin de brindar un servicio de cuidado directo a la PAM.

Si bien estos servicios no tienen colocado la etiqueta “cuidado” en su nombre, estos lo incluyen de facto, como pueden ser los servicios de salud, educación, asistencia social, sistemas previsionales, protección social, etc.

Para entender aún más en profundidad estos programas y políticas públicas, se presenta en el siguiente cuadro estas acciones gubernamentales segmentadas en diferentes niveles, puesto que el Estado peruano tiene una organización jerárquica, como cualquier otra estructura estatal, la cual tiende a evidenciar la importancia de cada acción a través de los niveles jerárquicos donde la radica.

**Cuadro 15 – Programas y políticas públicas vinculadas a la PAM en el Estado peruano.**



Fuente: Elaboración del autor, en base al Organigrama del Poder Ejecutivo peruano de 2021.

A pesar de que el Organigrama del Poder Ejecutivo peruano del 2021 tiene ciertas carencias al momento de identificar la jerarquización del quinto nivel, podemos evidenciar lo siguiente de los primeros cuatro niveles:

- Primer nivel: debido al principio de separación de poderes y a la adopción del sistema presidencialista con rasgos parlamentarios<sup>20</sup> en Perú, en este nivel se encuentra ubicado los tres poderes autónomos del Estado peruano: El Poder Legislativo, Ejecutivo y Judicial. Siendo el Poder Ejecutivo el representante del primer nivel del organigrama estatal.
- Segundo nivel: siendo derivado del primer nivel, aquí se encuentra al Jefe del Estado, es decir, el Presidente de la República.
- Tercer nivel: en este nivel está representado uno de los mecanismos parlamentaristas del Estado peruano el cual está conformado por el Consejo de Ministros.
- Cuarto nivel: llegados a este punto, aquí se encuentran los diferentes Ministerios encargados de crear programas y políticas públicas, en este caso, para el cuidado de los adultos mayores.

Para entender el quinto nivel de esta jerarquía, debemos tomar en cuenta que cada Ministerio no solo debe ejercer sus facultades en crear programas y políticas públicas para las distintas franjas etarias, puesto que también tienen a su cargo a otras entidades públicas encargadas de diferentes servicios ajenos al cuidado del adulto mayor, como pueden ser las regulaciones al funcionamiento del sector privado como empresas, bancos, entre otros. Sin embargo, para efectos de esta investigación, se tomará al quinto nivel como aquel que contiene los programas y políticas públicas dirigidas, en este caso específico, para la PAM.

Entendiendo esto debemos tener en cuenta por qué están ciertos Ministerios del cuarto nivel del organigrama estatal como principales proveedores de los

---

<sup>20</sup> Según Alcalá (2017) en este tipo de sistema de gobierno el presidente es elegido por sufragio, tiene el cargo de Jefe de Estado, es decir solo puede estar a cargo del Poder Ejecutivo, y tiene ciertas atribuciones sin llegar a rozar el absolutismo monista del presidencialismo puro, en el cual el presidente es Jefe de Estado y Gobierno. Mientras que tiene elementos parlamentarios para reforzar o contener las decisiones del Presidente, representada en el Congreso, el cual retiene la atribución de Jefe de Gobierno. Este sistema de gobierno fue implementado tras la independencia de Perú en 1821, pasando de una monarquía colonial llevada a cabo por los españoles hacia una República con repartición de poderes.

servicios de cuidado de la población adulta mayor, lo cual estará mejor detallado en el siguiente cuadro, el cual revela la importancia de estos Ministerios en este asunto.

**Cuadro 16** – Ministerios con programas vinculados a la oferta de servicios de cuidado a la PAM peruana.

Ministerio	Importancia	Programa Política pública	Responsabilidad
Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS)	Este ministerio busca brindar la totalidad de los servicios universales - salud, educación, vivienda, etc - hacia cualquier tipo de persona, incluyendo a los adultos mayores.	Pensión 65	Este programa busca ofrecer un subsidio para los adultos mayores en pobreza o pobreza extrema.
		Red <i>Amachay</i>	Siendo adscrita del Programa Nacional de Plataformas de Acción para la Inclusión Social (PAÍS), esta red se encarga de brindar protección a los adultos mayores contra el COVID-19 puesto que son la franja etaria más vulnerable frente a esta epidemia.
		CONTIGO	En la misma esencia que el programa Pensión 65, el programa CONTIGO ofrece un subsidio para aquellos adultos mayores con una discapacidad severa.
Ministerio de Salud (MINSA)	Como su nombre lo indica, este ministerio está enfocado en ofrecer el principal servicio fundamental de todo ser humano, la salud.	SIS	El Seguro Integral de Salud es el principal programa de acceso universal a la salud, siendo el que tiene más cobertura en Perú debido a que es destinado a aquellos quienes necesitan de servicios de salud pero no cuentan con el suficiente recurso monetario.
		EsSalud	Cumple la misma función que el SIS, sin embargo, este servicio está destinado para aquellas personas que no padecen de recursos monetarios y puedan realizar cierta inversión para un servicio de salud adecuado.
Ministerio de Educación (MINEDU)	La educación, siendo base sustancial para el desarrollo de la sociedad, es responsabilidad de este ministerio el proveer los recursos necesarios para su cumplimiento.	PEBAJA	Mejor llamado como Educación Básica Alternativa (EBA), es una iniciativa llevada a cabo por el MINEDU para brindar una educación a aquellas personas mayores de 14 años quienes no pudieron completar el nivel primario o secundario.
		PA	No solo es necesario combatir el analfabetismo en niños, sino también en adultos mayores. Es por ello que los programas de alfabetización son parte importante del MINEDU.
Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP)	A pesar de que a primera vista se vea reflejada la palabra “mujer”, este ministerio también guarda relación con los adultos mayores ya que los incluye dentro de “Poblaciones Vulnerables”.	INABIF	Ofrece centros de atención por distintas partes del país encargándose de proteger los derechos humanos de las personas en estado de abandono, sean estas niños, mujeres o adultos mayores.
		AURORA	Ofrece el Centro de Emergencia Mujer (CEM) por todo el país y se encarga de erradicar y proteger a la población

			vulnerable a la violencia familiar, sean niños, mujeres o adultos mayores.
		Vida Digna	Siendo derivada del programa INABIF, Vida Digna se encarga principalmente de proteger el derecho a la vivienda y protección del adulto mayor en estado de abandono o calle.
Ministerio del Trabajo y Promoción del Empleo (MTPE)	Puede sonar ilógico el pensar que un adulto mayor ya no está en capacidad de trabajar puesto que su edad económicamente activa <sup>21</sup> ya la dejó atrás, sin embargo, en Perú esto no es impedimento para aquellos adultos mayores que aun quieran seguir emprendiendo en seguir trabajando.	LURAW <sup>22</sup> PERÚ	O también llamado Trabaja Perú, este programa se enfoca en la inserción laboral temporal de la población adulta mayor de 18 años, siendo partícipes los adultos mayores, e inclusive tiene una asociación con el programa CONTIGO para las personas con discapacidad severa. En resumen, es un programa laboral temporal incluso promoviendo el fomento al trabajo.
Ministerio de Economía y Finanzas (MEF)	La principal atribución de este ministerio radica en su sistema de jubilación.	ONP	Este sistema de pensiones está dirigido para aquellos adultos mayores quienes dieron una contribución mínima para ser aptos a la pensión de jubilación. Dirigido para aquellos quienes ostentan un salario medio/mínimo.
Organismos constitucionalmente autónomos <sup>23</sup>	A pesar de estar separados del organigrama estatal, estos organismos comparten la misma funcionalidad que el MEF, es decir, brindan un tipo de sistema de jubilación dependiendo de qué tipo de servicio hayan ofrecido en su edad económicamente activa.	AFP	Este sistema de pensiones está dirigido para aquellos adultos mayores quienes dieron una mayor contribución de su salario para su jubilación. Su principal diferencia con la ONP es que va dirigido para aquellos quienes ostentan un mayor salario y pueden retirar todo lo que contribuyeron o recibir una pensión de jubilación.
		Caja de Beneficios y Seguridad Social del Pescador	Como su nombre lo indica, este es un sistema especial de jubilación destinado a los pescadores.
		Caja de Pensiones Militar Policial	Este sistema especial de jubilación está destinado para los adultos mayores que prestaron servicios en las fuerzas armadas o policiales.

Fuente: Elaboración del autor, en base al Organigrama del Estado Peruano de 2021.

De este modo, podemos ver como el Estado peruano tiene programas y políticas públicas activas dirigidas hacia esta franja etaria. Sin embargo, lo que queda preguntarse es con respecto a la eficiencia de estos programas, y saber si estos son de

<sup>21</sup> En Perú, según INEI, comprende la edad a partir de 14 años a más.

<sup>22</sup> Proveniente de una de las principales lenguas nativas del Perú, el Aymara, está relacionada al espacio de trabajo como espacio de realización de una persona. Siendo reemplazado por el antiguo nombre "Trabaja Perú".

<sup>23</sup> Estos organismos son independientes de los tres poderes constitucionales puesto que tienen autonomía nacional para mejorar la eficiencia de ciertas tareas importantes y únicas.

adecuados en tipos de prestaciones y en cobertura para el cuidado de la población adulta mayor, ya que, debido a la literatura expuesta anteriormente, esta parte de la población requiere muchas atenciones diferenciadas debido a que sus tratamientos son más complejos a comparación de un infante (Batthyány, Genta y Perrota, 2013).

## 5 METODOLOGÍA

La herramienta de investigación utilizada para este trabajo es el *survey*<sup>24</sup> el cual tiene como principales elementos: una selección de participantes (muestra) sobre una totalidad de personas (universo) en la cual se elabora un cuestionario con el fin de obtener información de este grupo en concreto, sea a través de entrevistas de manera personal, por correo o por teléfono.

Un cuestionario, conforme Babbie (1999), es la elaboración de una cantidad determinada de preguntas formuladas a través de un grupo de variables. Estas últimas deben estar relacionadas a una temática de la que se quiere realizar un estudio o investigación para extraer datos de relevancia con respecto al tema abordado.

Según Babbie (1999), una muestra es la combinación de una “población representativa recortada del universo” sumado a “elementos que guardan en común”, es decir, es una parte o conjunto de individuos del total (universo) del cual son extraídos en base a ciertas informaciones (elementos) que se quieren analizar para poder llegar a una conclusión representativa de un estudio. Es una técnica muy útil porque permite acortar el tiempo de investigación a un grupo representativo del total, se puede profundizar sobre ellos debido a que es un grupo pequeño y permite incurrir en menos inversión, sea este de tiempo o de dinero. Siguiendo esa lógica, las respuestas del grupo seleccionado son analizadas para formar conclusiones descriptivas y de esta forma obtener una generalización hacia la totalidad del universo de unidades de observación seleccionado.

Siendo nuestro objeto de investigación, la evaluación de los servicios del cuidado para la población adulta mayor, se consideró aplicar cuestionarios en los *policymakers* (Secchi, 2011) de estos servicios de cuidado, es decir, en los actores gubernamentales que son decisores fundamentales en estos servicios públicos de cuidado para la PAM.

Siguiendo la conceptualización de Babbie (1999), se utilizó la muestra de tipo intencional en la cual fue definido un grupo específico de actores gubernamentales con el rol de *policymakers* dentro de la estructura de los servicios de cuidado para los adultos

---

<sup>24</sup> A pesar de que Babbie (1999) no ofrece una traducción literal de esta palabra, este puede significar “encuesta” en la cual se utiliza los cuestionarios para ser entregados a un grupo de individuos con el objetivo de obtener una información que pueda ser apta para generalizar a un grupo mayor del seleccionado, respetando la coherencia y correlación entre sus respuestas.

mayores. Concretamente fueron elegidos actores, dentro de los cuales se encuentran directores, jefes y ministros, pertenecientes a:

- El Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social y programas públicos representativos adjuntos a este como el programa PAÍS, programa CONTIGO y Pensión 65;
- El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables y programas públicos representativos a este como el programa INABIF y el programa AURORA;
- El Ministerio de Salud y programas públicos representativos como el SIS y EsSalud.

Debido a que el tema analizado pertenece a la ciencia social aplicada, es necesario que el cuestionario cuente con una preparación muy detallada puesto que estos ya fueron entregados para *policymakers* de alto nivel jerárquico en la escala de la burocracia pública peruana.

Siguiendo el modelo ofrecido por Babbie (1999), este cuestionario cuenta con:

- Preguntas abiertas: ya que el tema en cuestión es la evaluación de los servicios públicos de cuidado en la PAM, es necesario que estos actores brinden una respuesta lo más completa posible acerca de su intervención y participación en la elaboración de estos servicios.
- Preguntas claras: debido a que el tema de servicios de cuidado en la población adulta mayor envuelve múltiples tópicos como puede ser la transición demográfica y la participación femenina, estas fueron elaboradas de tal modo que puedan responder específicamente a una pregunta sin ser mezcladas o confundidas con otros temas relacionados a esta. Sumado a esto, también se utilizó un lenguaje formal sin ser exuberantemente académico para no confundir a los receptores.
- Competencia de conocimiento en las preguntas: no necesariamente un *policymaker* debe estar plenamente nutrido de información al 100% de lo que sucede alrededor de un programa, ya que este puede tener sus funciones limitadas a ciertas acciones y delegar otras funciones para

otros cargos administrativos. Es por ello que estas preguntas fueron hechas en una escala “básica de competencia”, es decir que el actor político no tenga que saber datos de gran magnitud, como puede ser el presupuesto, para responder una pregunta, puesto que solo se quiere saber su posición y su opinión acerca del funcionamiento de los programas públicos a su cargo.

- Preguntas relevantes: en concordancia con el punto anterior, se adiciona el elemento “relevante” en la pregunta, puesto que son interrogativas de gran importancia en la sociedad peruana.
- Evitar preguntas con tendencias negativas: las elaboraciones de las preguntas son hechas para que el receptor pueda responder sin necesidad de estar posicionado bajo ciertas ideas políticas, ya que solo se quiere conocer el funcionamiento de estos programas públicos y su opinión acerca de ellos ante el cargo que ejerce, sin caer en la pretensión de obligarlos a exponer información delicada, hacerlos sentir incómodos o posicionarlos de una forma determinada.
- Preguntas confiables: según Babbie (1999), el término “confiabilidad” se refiere al conocimiento que los entrevistados puedan tener con respecto a una pregunta y conocer si son aptos para responderla. En este caso, al ser actores gubernamentales de alta escala burocrática, es decir, jefes, directores y ministros, las preguntas son elaboradas en base a su competencia, sin traspasar cierta barrera de compromiso expositivo.
- Preguntas válidas: el término “validez” (Babbie, 1999), en este caso de contenido, se basa en la conexión que pueda tener una variable con otras similares del mismo campo de estudio. Por ejemplo, en el cuestionario son elaborados preguntas enfocadas a la evaluación de los servicios públicos de cuidado en la población adulta mayor, sin embargo, hay preguntas que si bien no tiene la etiqueta explícita de “servicios públicos de cuidado” o “población adulta mayor” tiene variables que son fuertemente relacionadas a este campo de estudio como puede ser la transición demográfica o la participación femenina en el cuidado.

Es importante destacar que se realizaron 2 (dos) cuestionarios porque uno de ellos responde a las preguntas principales referentes al cuidado, analizando la eficiencia, suficiencia y las acciones del Estado peruano para actuar frente al cambio demográfico que ocasionará, y ya está ocasionando un envejecimiento acelerado. Mientras que el otro cuestionario estará totalmente enfocado en la participación femenina en el cuidado, ya que estas son las protagonistas en la oferta de servicios de cuidado y es necesario obtener esta información porque es relevante para el tema de investigación presente.

Puesto que el autor de este TCC se encuentra en un país distinto que los entrevistados, se optó por utilizar la herramienta ofrecida por Google para elaborar cuestionarios, *Google Forms*. Conjuntamente a ello, esta herramienta tiene la función de recopilar las opiniones individuales de cada participante, crear preguntas abiertas y de respuestas amplias, y ofrecer una posición de anonimato, ya que al ser actores políticos de gran escala tienden a tener cierta precaución acerca de la utilidad que se le dará a cierta información brindada. Sin embargo, también se optó por enviar una carta de presentación, en anexo con una carta de orientación y una declaración de vínculo universitario a los correos de estos funcionarios públicos, para evitar las sospechas de cualquier exposición ajena a la académica.

Al ser un Trabajo de Conclusión de Curso realizado en la Universidad Federal de la Integración Latino-Americana (UNILA), Paraná, Brasil, es necesario respetar la legislación sobre Ética en Investigación articuladas por el Comité de Ética de Investigación (CEP) y la Comisión Nacional de Ética en Investigación (CONEP). Específicamente, se seguirán los lineamientos establecidos por la Resolución 466/2012, la Resolución 510/2016 y la Norma Operacional N° 001/2013. Estos reglamentos ofrecen, en esencia, normativas para el correcto uso de informaciones obtenidas por las personas<sup>25</sup> mientras que se les ofrece garantías para evitar perjuicios<sup>26</sup> hacia ellos como por ejemplo el anonimato y las garantías de uso de la información, suministrada por ellos. para fines estrictamente académicos, entre otros aspectos que regula.

---

<sup>25</sup> El capítulo III de la Resolución 466/2012 ofrece todas las garantías para las personas de las cuales se busca obtener información.

<sup>26</sup> A modo de ejemplo, la Resolución 510/2016 nos menciona: el daño material, como aquel que afecta al patrimonio de la persona en el sentido económico; el daño inmaterial, como aquel que afecta a la integridad física y mental, honra, dignidad, imagen o privacidad; o la vulnerabilidad, situación en la cual la persona o grupo de personas no se encuentran aptas para participar de la investigación por temas individuales, culturales, económicos, políticos, sociales, etc.

Se envió un total de 32 correos a distintos funcionarios públicos, en los cuales se estipula el plazo de retorno del cuestionario para el día 11 de septiembre, además de ello se hizo 3 intentos de aproximación con los entrevistados puesto que no hubo mucha recepción de estos últimos. El primer contacto se hizo vía correo electrónico el día 16 de agosto (el primer cuestionario) y el día 23 de agosto (el segundo cuestionario) y fue enviado a todos los actores públicos involucrados, de los cuales solo hubo retorno de 5 respuestas. El segundo contacto se hizo vía llamada telefónica el día 06 de septiembre del cual solo hubo retorno de 1 respuesta. Y, por último, el día 15 de agosto se realizó el tercer contacto a algunos funcionarios públicos que hayan compartido, de manera pública, medios de contacto personales, sean estas redes sociales públicas - como Facebook, Twitter o Instagram - o correos electrónicos personales. En este tercer intento hubo una devolutiva de 1 respuesta. Por ende, podemos hacer una totalización de 7 respuestas de 32.

La razón de este bajo retorno de respuestas se debe a la inestabilidad política e institucional peruana que complicó la oportunidad de obtener la opinión de estos *policymakers* y que, hasta el día de hoy, continúa vigente. Esto vino desde la vacancia, mayormente conocida como *impeachment*, del ex presidente Pedro Castillo, electo en el año 2021 hasta el año 2026. Pero en el mes de diciembre del año 2022, a través de un fallido autogolpe de Estado y al nulo apoyo de toda institución pública y fuerzas policiales y militares, el presidente fue arrestado y destituido de su cargo presidencial por este acto para después ser sucedido constitucionalmente por su vicepresidenta Dina Boluarte quien estaría ejerciendo su nuevo cargo de Presidenta de la República. Sin embargo, pese a este cambio en la presidencia, una cantidad considerable de peruanos se vio insatisfecha por el actual mandato lo cual se volvió más constante a través de manifestaciones públicas con el fin de destituir a la actual presidenta y ello derivó en un clima social de mucha tensión la que continua hasta nuestros días sin solución de continuidad.

Por otro lado, con la llegada de este nuevo mandato también hubo ciertas operaciones mediáticas hacia ciertos funcionarios públicos. A modo de ejemplo, se presume de presiones gubernamentales para todos aquellos que se posicionan en contra del actual mandato como sucedió con la ex-Presidenta del EsSalud, Rosa Gutiérrez Palomino, programa que se analiza en esta investigación, quien así lo denunció en su cuenta de Twitter.

No obstante, a pesar de este contexto político, en la vigente Constitución peruana se establece, en el artículo 2, inciso 5, la legitimidad de los ciudadanos de solicitar

cualquier información de carácter público que se necesite y es obligación brindar esos datos por parte de las entidades públicas a través de sus responsables. En ese sentido también se expresa esa obligación en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, o ley N° 27806.

Sin embargo existen excepciones en ambas legislaciones que pueden impedir el flujo de información de las cuales estos *policymakers* podrían justificarse, como la violación de su intimidad personal, expresada en el artículo 2, inciso 5 de la Constitución, o la inviabilidad de ofrecer informaciones que se consideren secretos; inviabilidad de brindar informaciones producidas internamente en el proceso deliberativo de la toma de decisiones; o la inviabilidad de otorgar información por parte de asesores jurídicos o abogados - los cuales algunos de estos *policymakers* cumplen esta función - que puedan exponer procesos internos o secretos; entre otros, expresados en la Ley N° 27806, específicamente en el artículo 15, inciso a, d y e.

Las preguntas del cuestionario no los coloca en una situación incómoda o comprometedor, pero debido a la inestabilidad política presenciada, es posible que algunos de estos *policymakers* perciban cierta desconfianza a la hora de brindar una información pública tanto por la presunta exposición como por la utilización de esos datos en contra suya para poner en riesgo su cargo en dichas entidades públicas.

## 6 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Antes de comenzar a evaluar la pertinencia que tienen estos programas y políticas públicas mencionados anteriormente para los interrogantes que motivaron esta investigación, debemos tener en cuenta la definición de ciertos conceptos que, de cierta forma, podrían limitar el alcance de algunos programas públicos para los adultos mayores. Esto se hace debido a la categorización que ofrecen algunas de estas para poder ser beneficiario de sus acciones públicas.

- Adultos mayores: según la ley 30490, o ley del Adulto Mayor, se le denomina a todo aquel que tenga 60 o más años de edad.
  - Adultos mayores con alto riesgo (PAMAR): se les considera a aquellos que tengan una comorbilidad catalogadas según el Documento de Atención y Manejo Clínico de casos de COVID-19 perteneciente a la Resolución Ministerial N° 084-2020-MINSA, las cuales serían: “hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedad pulmonar crónica, cáncer, otros estados de inmunosupresión” (Perú, Resolución Ministerial N° 084-2020-MINSA).
  - Adultos mayores con discapacidad: según el Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (CONADIS) se le denomina una “persona con discapacidad” a aquella que tenga una o más deficiencias físicas, mentales, sensoriales o intelectuales de forma permanente, lo que lo hace limitar sus capacidades. Sin embargo, su intensidad radica en la dependencia que necesite de una tercera persona.
  - Adultos mayores con discapacidad severa (PCDS): según el CONADIS, se le denomina una “persona con discapacidad severa” a aquellos que tengan una plena necesidad de cuidados y dependencia de una tercera persona en un grado absoluto/permanente.
  - Adultos mayores en situación de pobreza: para efectos prácticos de categorización, según el Informe Técnico - Evolución de la Pobreza Monetaria 2011-2022 elaborado por la INEI, la situación de pobreza es aquella en la cual la persona pueda

satisfacer sus necesidades alimenticias y no alimenticias<sup>27</sup> a través de un total de 415 soles peruanos.

- Adultos mayores en situación de pobreza extrema: a diferencia de la situación de pobreza, a este grupo se le caracteriza por la satisfacción “básica” de sus necesidades alimenticias, es decir, solo pertenecen en este grupo las personas que pueden cubrir su canasta básica de alimentos. Solo aquellos que reciban 226 soles peruanos pertenecen a esta categoría.

## 6.1 EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE CUIDADO PARA LA PAM PERUANA

Entendiendo el cuidado como una labor de importancia vital para la sobrevivencia de cada individuo sea remunerada o no, de la atención de las necesidades físicas, emocionales y de integración en la sociedad de una persona dependiente en la ejecución de actividades cotidianas (Ferro, 2021), es al mismo tiempo una labor que tiene un gran impacto en la calidad y condiciones de vida de cada sociedad.

La etiqueta conceptual “cuidado” no se refiere únicamente a velar por la salud de una persona dependiente, que es una confusión popular de lo que se entiende por cuidado, sino que este engloba muchos otros sectores de la sociedad como pueden ser la protección social, educación, sistema previsional, etc. Es por ello que para entender mejor cómo el Estado Peruano se viene adaptando a la oferta de servicios de cuidado a la PAM se harán análisis de algunos programas más relevantes para este grupo etario.

### 6.1.1 SERVICIOS PÚBLICOS DEL CUIDADO GESTIONADOS POR EL MIDIS

Dentro del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social se seleccionaron tres programas públicos de cuidado destinados para la PAM, dos de los cuales son parte de la protección social otorgando subsidios económicos para la vejez, es decir, son programas de financiamiento no contributivo destinados a adultos mayores, con requisitos de acceso definidos por criterios de pobreza, pobreza extrema, discapacidades, entre otros; y uno de ellos por asistencia sanitaria ante el COVID-19.

#### 6.1.1.1 ANÁLISIS DEL PROGRAMA PENSIÓN 65

---

<sup>27</sup> Según el Informe Técnico de la Evolución de la Pobreza Monetaria 2011-2022 elaborado por INEI (2022), se considera “necesidades no alimenticias” a las demás necesidades básicas que son vitales, al igual que el alimento, para la rutina del ser humano. Dentro de estas se encuentran: vestimenta, salud, transporte, educación, entre otros.

El programa Pensión 65, creado en octubre del 2011, busca ofrecer un subsidio económico de 300 soles peruanos, aproximadamente 75 dólares, a los adultos mayores que se encuentren en situación de pobreza o pobreza extrema.

A pesar de que el artículo 2 de la ley 30490, o Ley del Adulto Mayor, establece que un adulto mayor es aquel que tiene 60 o más años de edad, este programa, de cierta forma, “discute” con esta ley por el número “65”. Esto se debe a que el Decreto Ley 19990, el cual establece el Sistema Nacional de Pensiones, expresa que, a partir de los 65 años, la persona tiene el derecho de jubilación, es decir, recibir una pensión por su retiro de actividades debido a la vejez a través de los años de contribución hechos durante su periodo económicamente activo. Sin embargo, existen formas de poder recibir la jubilación antes de esta edad dependiendo del trabajo realizado, años contribuidos, etc.

Según la siguiente tabla, para el año 2023 el programa Pensión 65 ha atendido en 25 departamentos, 196 provincias y 1874 distritos, llegando a un total de 627.925 usuarios activos los cuales reciben 250 soles peruanos bimestrales.

**Tabla 4** – Cobertura del programa Pensión 65.

Ambito	Ene - Feb	Mar - Abr	May - Jun	Jul - Ago
Departamentos atendidos	25	25	25	25
Provincias atendidas	196	196	196	196
Distritos atendidos	1,874	1,875	1,885	1,890
Usuarios atendidos	627,924	627,924	627,924	627,924
Transferencia S/.	156,981,000	156,981,000	156,981,000	156,981,000

Fuente: Extraído de InfoPension65, 2023.

El motivo por el cual la división entre las variables de transferencias (156,981,000 soles peruanos<sup>28</sup>) y usuarios (627,924 adultos mayores<sup>29</sup>) dé como resultado un recibimiento de 250 soles peruanos - lo cual contradice el párrafo principal del programa referente al recibimiento de 300 soles peruanos - se debe a que durante el primer bimestre

<sup>28</sup> A pesar de que el uso de separadores con comas dentro del monto monetario donde no existen decimales es incorrecto, se mantiene de esta forma en conformidad con la extracción textual de la base de datos de Info Pensión 65. Disponible en: <https://info.pension65.gob.pe/infopension/indexCO.php>.

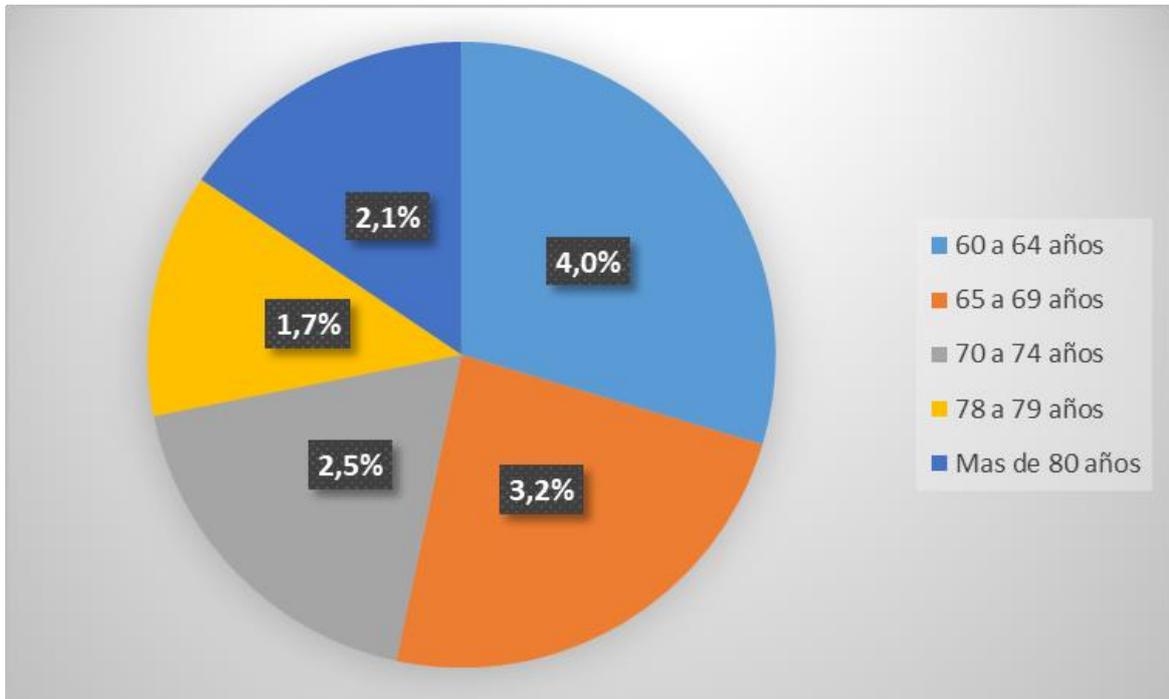
<sup>29</sup> A pesar de que el uso de separadores con comas dentro de una cantidad poblacional es incorrecto, se mantiene de esta forma en conformidad con la extracción textual de la base de datos de Info Pensión 65. Disponible en: <https://info.pension65.gob.pe/infopension/indexCO.php>.

del año 2023, hubo una modificación para aumentar el monto del subsidio en 50 soles peruanos (Perú, Resolución de Dirección Ejecutiva D000042 -2023-Pension65-DE).

Según una nota de prensa elaborada por la INEI, Perú registra en 2023 un total de 33.726.000 habitantes aproximadamente, de los cuales el 13,6% de estos son pertenecientes a la etapa adulta mayor, es decir, alrededor de 4.586.736 personas pertenecen a la PAM.

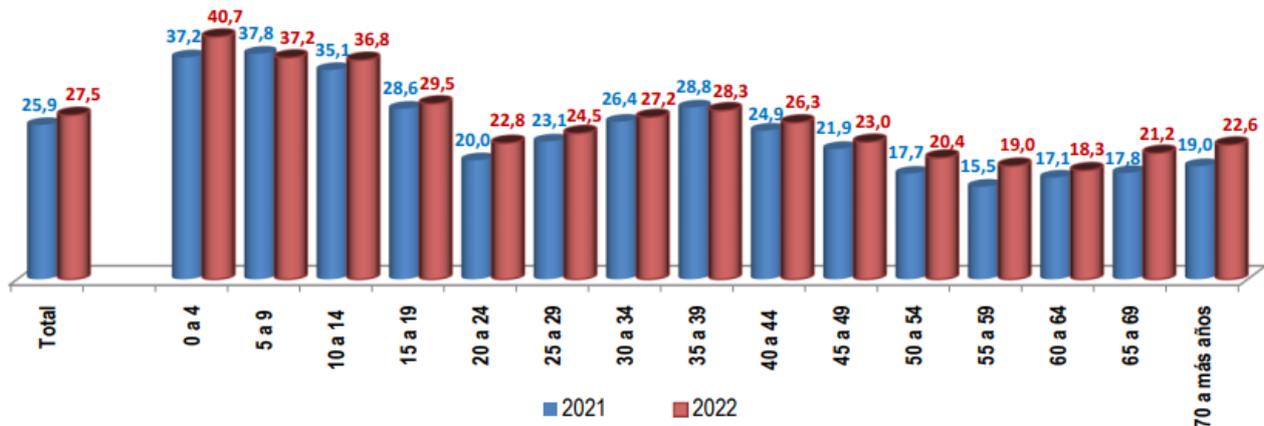
El 4,0% (o 1.349.040 personas) tienen de 60 a 64 años, 3,2% (o 1.079.232 personas) de 65 a 69, 2,5% (u 843.150 personas) de 70 a 74 años de edad, 1,7% (o 573.342 personas) de 78 a 79 años y el 2,1% (o 708.246 personas) tienen de 80 a más años de edad.

**Gráfico 17** – Distribución etaria de la PAM peruana en 2023.



Fuente: Elaboración del autor en base a la información obtenida de INEI, 2023.

El siguiente gráfico, muestra una estimación de la pobreza en general por franja etaria. Haciendo una selección a partir de la edad para ejercer el derecho a la jubilación (65 años) entendemos que existen alrededor de 228.797 personas de 65 a 69 años en situación de pobreza y pobreza extrema, y 480.190 personas mayores a 70 años en esta misma situación.

**Gráfico 18** – Incidencia de la pobreza peruana por grupos de edad, 2021-2022.

Fuente: Extraído de INEI, Informe Técnico - Evolución de la Pobreza Monetaria 2011-2022, 2023.

A simple vista, y haciendo una diferencia entre la cobertura del programa Pensión 65 y la PAM incluida dentro de la pobreza y pobreza extrema, se puede ver una diferencia de aproximadamente 70.000 adultos mayores sin afiliación al programa. Es decir, la oferta del programa Pensión 65 ligeramente inferior a la cantidad poblacional de esta franja etaria. A pesar de esta adecuada respuesta del programa, se debe considerar que la diferencia puede aumentar si tuviésemos en cuenta a la PAM de 60 a 64 años pero que no es tomada en cuenta para el análisis, debido a que no es la edad establecida para recibir una pensión jubilatoria expresado en el Decreto Ley de Sistema Nacional de Pensiones<sup>30</sup>.

Adicionalmente, se puede hacer una observación sobre el factor demográfico de la pobreza peruana. Si bien la pobreza es un problema social que afecta a todas las franjas etarias, aún se puede ver el gran impacto que este tiene sobre todo en las primeras etapas de la vida de una persona (0-19 años), siendo esto otro justificante más del porqué los *policymakers* deciden colocar más esfuerzos en políticas públicas para la primera etapa de la vida, a pesar de la relevancia de los presentes, y próximos, efectos de la transición demográfica, principalmente, en el envejecimiento de la población.

#### 6.1.1.2 ANÁLISIS DE LA RED AMACHAY

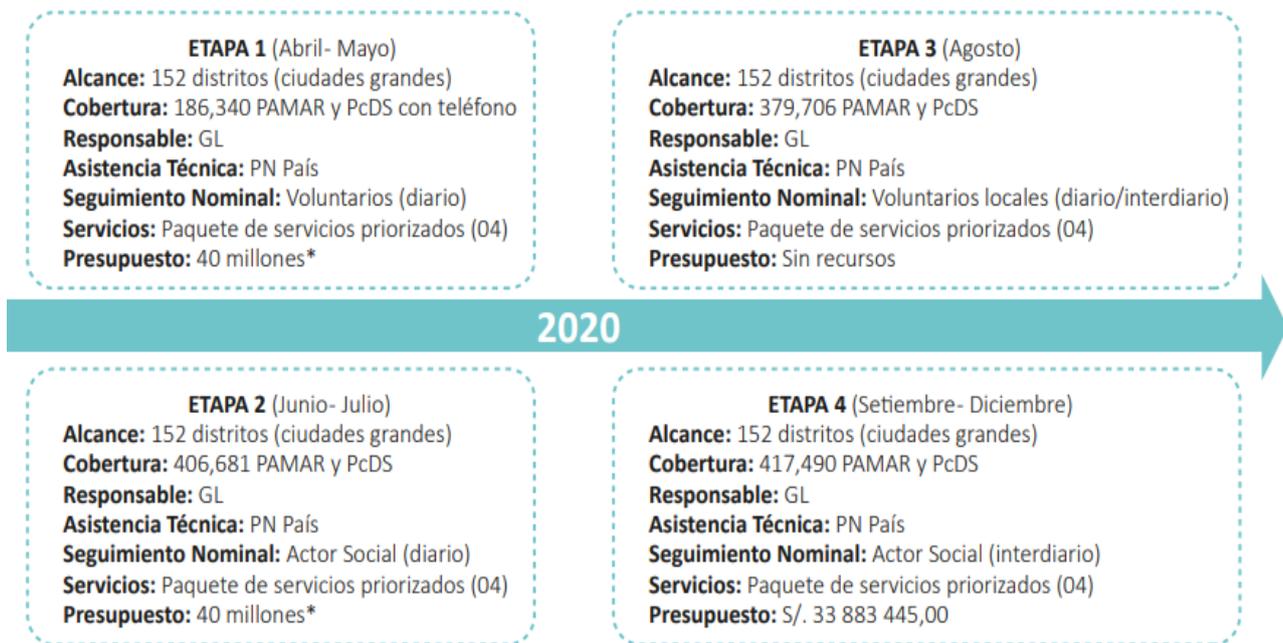
La red de soporte al adulto mayor en alto riesgo y la persona con discapacidad severa, o red *Amachay*, fue creada en marzo del 2020 y fungía como un programa de emergencia sanitaria la cual, debido a la situación pandémica sufrida por el coronavirus, se encargaba de proteger a los adultos mayores con alto riesgo y con

<sup>30</sup> Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/251495/226861\\_file20181218-16260-fwxiyt.pdf?v=1673540786](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/251495/226861_file20181218-16260-fwxiyt.pdf?v=1673540786)

discapacidad severa, mientras que al mismo tiempo intentaba combatir la propagación del virus en contra de este grupo etario.

Según el siguiente cuadro, durante el año 2020, la red *Amachay* tuvo su auge como un programa establecido y con una considerable cobertura comenzando con 186.340 PAM en el durante la primera mitad del año 2020, hasta casi triplicar su cobertura para finales del mismo año. Y pese a la situación crítica que vivía el mundo, esto fue una buena iniciativa para poder hacer frente a la amenaza sanitaria global causada por el COVID-19.

**Cuadro 17 – Cobertura de la red *Amachay* en 2020.**



Fuente: Extraído del Estudio cualitativo de la red *Amachay* hecho por el MIDIS, 2023.

La red *Amachay* alcanzó a llegar a 152 distritos y logró una cobertura para el último trimestre del año de 417.490 adultos mayores con alto riesgo y discapacidad severa. Sin embargo, a pesar de estos logros y de los esfuerzos para frenar la amenaza del COVID-19, este programa no cubría la total necesidad que requería esta franja etaria.

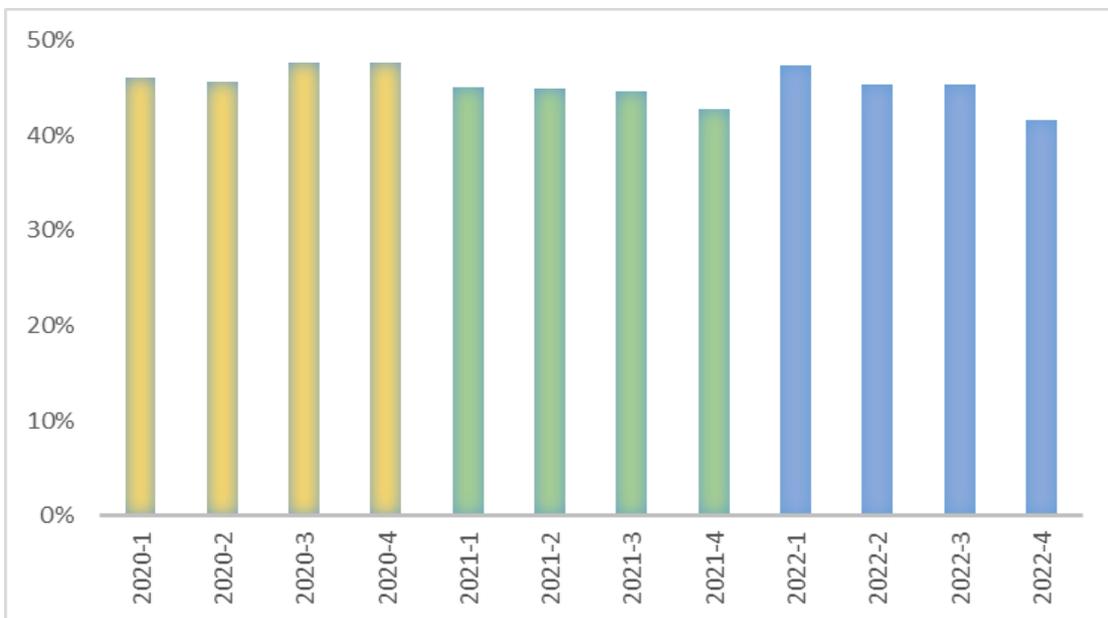
Según un boletín elaborado por la INEI, durante el año 2020 la población peruana alcanzaba una cifra de 32.625.948 personas, de las cuales el 12,7% pertenecía a la franja adulta mayor, es decir, 4.143.495 son adultos mayores aproximadamente.

En conformidad con el Informe Técnico de la Situación de la Persona Adulta Mayor durante el 4º trimestre del año 2020 elaborado por la INEI, se comprueba que el

47,6% de la PAM tiene alguna discapacidad, es decir, alrededor de 1.972.303 adultos mayores padece de alguna o más discapacidades.

Además, se debe considerar la pandemia ocasionada por el COVID-19 que ha traído consecuencias en la PAM. Si bien este sector poblacional ya tiene una considerable tasa de discapacidad, durante el auge del virus la situación fue mucho más delicada en los adultos mayores peruanos. Según el siguiente gráfico, durante el año 2020 la PAM con discapacidad ha aumentado de un 46,1% para el primer trimestre del 2020 para un 47,6% a finales del mismo año.

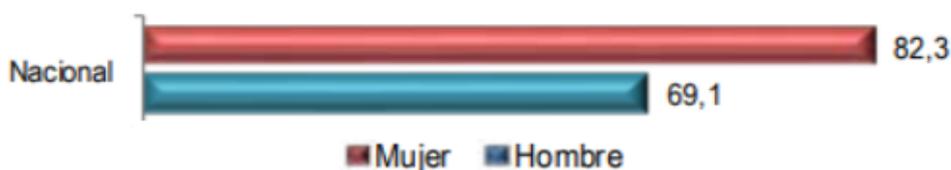
**Gráfico 19** – Porcentaje de PAM con alguna discapacidad durante los años 2020-2022.



Fuente: Elaboración del autor, en base a la información de los Informes Técnicos de la Situación de la Población Adulta Mayor elaborado por la INEI durante los años 2020 al 2022.

Continuando con el análisis de cobertura, observamos que en el siguiente gráfico la PAM con alguna enfermedad, en este caso crónica, abarca al 75,7% de los adultos mayores en total, osea, 3.136.626 personas tienen alguna enfermedad crónica dentro de las cuales se encuentran la artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, TBC, VIH, colesterol, etc (INEI, 2020).

**Gráfico 20** – Porcentaje de PAM con algún problema de salud crónico, 4º trimestre 2020.



Fuente: Extraído de INEI, Informe Técnico - Situación de la Persona Adulta Mayor, 4º trimestre 2020.

Por un lado, al realizar la comparativa con la variable “discapacidad<sup>31</sup>” se infiere que es casi 5 veces mayor a la cobertura que ofrece la red *Amachay*. Por otro lado, si hacemos la comparativa con la variable “enfermedad” es aún más resaltante, puesto que los resultados nos indican que es 7 veces mayor a la cobertura del programa.

Por si fuera poco, tanto el Gráfico 19 como el Gráfico 20, nos muestran la “feminización” de la discapacidad y de los problemas de salud de la PAM, pero esto no significa que las mujeres son más propensas a contraer más enfermedades o discapacidades que los hombres. De hecho, está relacionado a una cuestión estadística y a los roles de género.

La PAM masculina tiene menos porcentaje de discapacidades y enfermedades debido a que mucha de esta población antes o durante esta franja etaria ya comienza a tener menos probabilidades de seguir viviendo ya que estos son colocados bajo “mayor exposición a riesgos por accidentes, violencia, hábitos como el fumado y el alcoholismo, etc”. (Pérez Brignoli, 2022, p.102-103), mientras que, por el otro lado, las mujeres tuvieron “una sobremortalidad femenina durante el periodo fértil, relacionada con problemas durante el embarazo y el parto [...] la cual tiende a desaparecer una vez mejoran las condiciones sanitarias y los servicios de salud” (Pérez Brignoli, 2022, p.103).

En otras palabras, la sobrevivencia de los hombres es menor y es por ello que tienen menos porcentaje de discapacidades y enfermedades porque este grupo está expuesto a muchos más peligros en su vida y se encuentran en constante riesgo debido los esfuerzos que hacen en su rol de “proveedor de recursos para el hogar” (Marshall, 1963), mientras que las mujeres tienen una mayor sobrevivencia porque no están expuestas a situaciones de riesgos o contraen malos hábitos que puedan acortar su vida (Pérez Brignoli, 2022), y porque las condiciones de salud durante el periodo fértil han ido mejorando en comparación al siglo pasado, por ende tienen un mayor índice de discapacidades y enfermedades.

---

<sup>31</sup> Según la ley N° 29973, o Ley General de la Persona con Discapacidad, en su artículo 2, se le considera a aquella persona que “tiene una o más deficiencias físicas, sensoriales, mentales o intelectuales de carácter permanente que [...] pueda verse impedida en el ejercicio de sus derechos y su inclusión plena y efectiva en la sociedad” (Perú, 2012). Los tipos de discapacidades, además de estar esta ley, son explicadas más a detalle por el Ministerio de Salud, el cual define la discapacidad física como una deficiencia que afecta una parte del cuerpo el cual dificulta su movilidad; la discapacidad sensorial como aquella perdida en la visión, audición o habla; la discapacidad intelectual la cual limita las capacidades y habilidades de aprendizaje de una persona; y la discapacidad mental que se relaciona con los trastornos de comportamiento de una persona.

Aun cuando se están haciendo esfuerzos para reducir este porcentaje preocupante de PAM con discapacidad y enfermedades en Perú, también debemos recordar dos variables que también están relacionadas a estas últimas, la dependencia y la tasa de dependencia.

Mientras que la discapacidad se refiere a la deficiencia que una persona pueda tener para realizar sus actividades rutinarias y que dificulten su integración en la sociedad, pudiendo necesitar, dependiendo de la intensidad de la deficiencia, una tercera persona para respaldarlo en sus necesidades, la dependencia es la intensificación de la discapacidad, es decir, es cuando la persona que presente alguna deficiencia tiene la obligatoriedad de requerir la ayuda de una tercera persona para poder continuar con sus actividad rutinarias, ya que se encuentra, mayormente, imposibilitado de realizarlas por sí mismo, delegando su autonomía en manos de un alguien más.

Esto es diferente de la tasa de dependencia, o también llamada de relación de dependencia, la cual se obtiene de la diferencia entre la PEA y la población dependiente, siendo estos últimos, niños y adultos mayores. Sin embargo, ambas variables tienen conexiones que se verán en el siguiente cuadro.

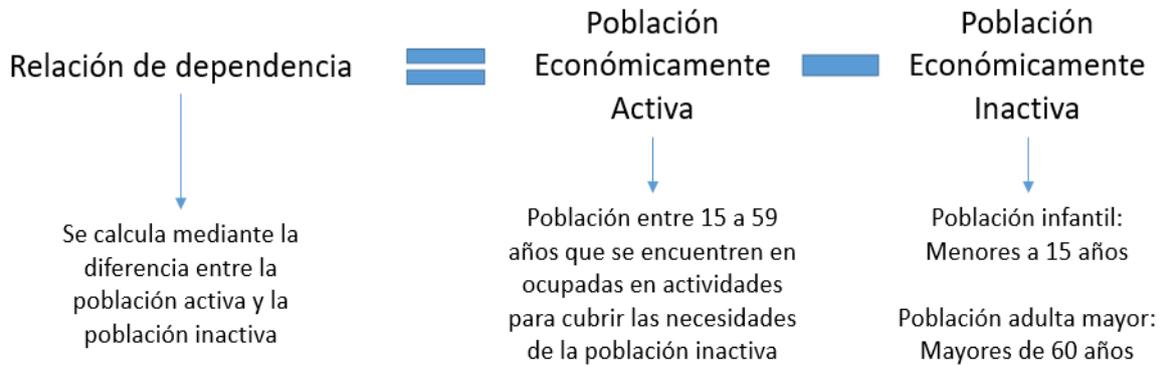
**Cuadro 18** – La conexión entre la dependencia y la tasa de dependencia.



Fuente: Elaboración del autor con base en la información de la Uthoff, Vera y Ruedi (2006).

Para hacer uso de una fórmula brindada por Uthoff, Vera y Ruedi (2006), la relación de dependencia se calcula de la siguiente manera:

**Cuadro 19** – Caracterización de la relación de dependencia.



Fuente: Elaboración del autor con base en la información de la Uthoff, Vera y Ruedi (2006).

La dependencia es un proceso intensificador de la discapacidad, y esto tendrá más probabilidades de ocurrir mientras más avance la vejez (Rossel, 2016). Por ende, al tener una dependencia, la relación de dependencia, es decir, la disponibilidad de la PEA con la franja etaria adulta mayor será aún mayor debido a que estos tienen una mayor expectativa de vida (Pérez Brignoli, 2022).

### 6.1.1.3 ANÁLISIS DEL PROGRAMA CONTIGO

Creado en agosto de 2015, el programa comparte similitudes con la iniciativa Pensión 65 la cual busca ofrecer un subsidio económico del mismo valor, aunque se diferencia en que solo es entregado a aquellas personas que padezcan de una o más discapacidades severas.

Según la siguiente tabla, para finales del 2022, el programa CONTIGO llegó a atender a 106.628 personas con discapacidad severa, de las cuales equivale a un 31% de lo que realmente quieren conseguir lograr (339.961 personas).

**Tabla 5** – Cobertura del programa CONTIGO, 2022.

<b>Usuarios según rango etáreo</b>		
<b>Rango etáreo</b>	<b>Usuarios</b>	<b>%</b>
< 1	43	0,04%
1 a 5	4,907	4,60%
6 a 11	11,889	11,15%
12 a 17	13,917	13,05%
18 a 29	21,458	20,12%
30 a 59	39,946	37,46%
< 60	14,468	13,57%
<b>Total</b>	<b>106,628</b>	<b>100%</b>

Fuente: Extraído de Estamos Contigo 2023, MIDIS.

En el año 2022, Perú registró un total de 33.396.700 habitantes, dentro de los cuales el 13,3% pertenece a la franja adulta mayor, es decir, 4.441.761 personas (INEI, 2022).

Dentro de esta población, el 47,6% (Ver Gráfico 19) cuenta con alguna discapacidad, es decir, 2.100.952 adultos mayores sufren de ello.

A simple vista, se puede observar lo poco que abarca este programa, no llegando ni a un 10% de la población adulta mayor con alguna discapacidad. Siendo esto aún más desalentador cuando tenemos en cuenta que solo estamos considerando la franja adulta mayor y no las demás franjas etarias que este programa incluye, puesto que es abarcativo a todo rango de edad de la población peruana.

#### 6.1.1.4 EVALUACION PRESUPUESTARIA DE LOS PROGRAMAS PÚBLICOS DE CUIDADO DEL MIDIS

Para finalizar la sesión del MIDIS, debemos considerar la distribución del presupuesto que han sido otorgados a los distintos programas a cargo de este ministerio.

**Tabla 6 – Presupuesto destinado al MIDIS, septiembre 2023.**

TOTAL	214,790,274,052	244,273,463,038	151,157,534,547	61.9
Nivel de Gobierno E: GOBIERNO NACIONAL	141,122,476,787	144,691,084,926	94,260,616,832	65.1
Sector 40: DESARROLLO E INCLUSION SOCIAL	5,527,685,538	6,368,245,203	4,472,565,026	70.2
Pliego 040: MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSION SOCIAL	5,527,685,538	6,368,245,203	4,472,565,026	70.2
Unidad Ejecutora	PIA	PIM	Ejecución	Avance %
			Devengado	
001-1424: MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSION SOCIAL- SEDE CENTRAL- MIDIS	173,902,413	157,237,790	67,663,118	43.0
003-1426: MIDIS- PROGRAMA NACIONAL CUNA MAS - PNCM	516,322,335	516,498,335	396,716,173	76.8
004-1427: MIDIS- FONDO DE COOPERACION PARA EL DESARROLLO SOCIAL - FONCODES	290,679,202	428,483,561	399,475,992	93.2
005-1428: MIDIS- PROGRAMA NACIONAL DE APOYO DIRECTO A LOS MAS POBRES- JUNTOS	1,011,280,233	1,147,587,233	814,540,929	71.0
006-1441: MIDIS- PROGRAMA NACIONAL DE ASISTENCIA SOLIDARIA PENSION 65	1,194,942,268	1,360,542,403	961,365,084	70.7
007-1456: PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACION ESCOLAR QALI WARMA	2,068,828,013	2,453,976,407	1,617,526,525	65.9
008-1674: PROGRAMA NACIONAL PLATAFORMAS DE ACCION PARA LA INCLUSION SOCIAL - PAIS	69,471,691	69,471,691	48,191,752	69.4
010-1723: MIDIS - CONTIGO	202,259,383	234,447,783	167,085,453	71.3

Fuente: Extraído de Consulta amigable, Portal de Transparencia Económica.

Finalizando el mes de septiembre, se puede observar como en el programa Pensión 65 se ha ejecutado un 70,7% del Presupuesto Inicial de Apertura (PIA) siendo uno de los 3 programas públicos principales con mayor destinación de recursos económicos. Sin embargo, a pesar de que el MIDIS se encarga de velar por la protección social de todos los grupos etarios, se puede ver cómo la población infantil, a través del programa *Qali Warma*<sup>32</sup>, vuelve a tener protagonismo en la actualidad, visto que estamos en un momento de la transición demográfica en la cual la PAM debería ser más priorizada que la población infantil.

Para empeorar la situación, la red *Amachay*, adscrita al Programa Nacional de Plataformas de Acción para la Inclusión Social - PAIS, y el programa CONTIGO, suman

<sup>32</sup> Proveniente del quechua significa “niño vigoroso” o “niña vigorosa”. Básicamente este programa brinda servicios de alimentación a los niños de todo el país y a estudiantes del nivel secundario de la Amazonia peruana.

alrededor de 270.000.000 de soles peruanos, lo cual es una novena parte de lo que se destina al programa *Qali Warma*.

## 6.1.2 SERVICIOS PÚBLICOS DEL CUIDADO GESTIONADOS POR EL MINSA

En esta sección se analizaron los dos seguros de salud más importantes en la sociedad peruana, el Seguro Integral de Salud y el Seguro Social de Salud, de naturaleza no contributiva y contributiva respectivamente.

### 6.1.2.1 ANÁLISIS DEL SIS Y ESSALUD

Creado en octubre del 2001 y en agosto de 1936 respectivamente, estos programas, o más bien seguros de salud, son utilizados por la mayoría de la población peruana para cubrir sus atenciones básicas en el sector salud. Sin embargo, no solo abarca a la población adulta mayor, sino que es general, es decir, es para toda la población de cualquier franja etaria.

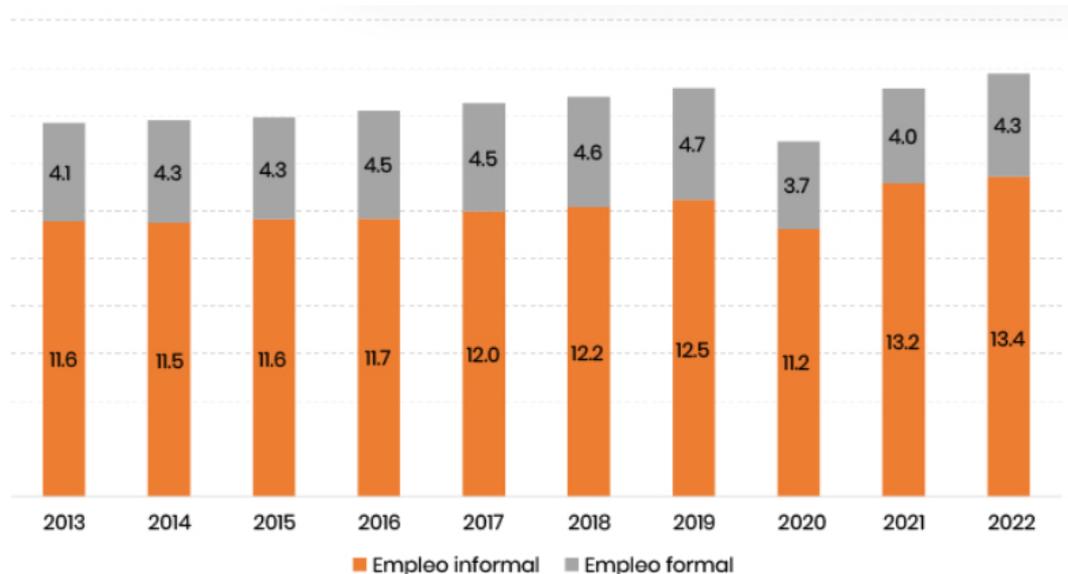
A pesar de guardar similitudes con el aspecto “protección de la salud de la población peruana”, el Seguro Social de Salud, o SIS, está dirigido para aquella población que no dispone de otro tipo de seguro de salud y se encuentra en estado de pobreza o pobreza extrema. Esto es más relevante, si tenemos en cuenta que Perú es uno de los países donde el trabajo informal<sup>33</sup> tiene un protagonismo exorbitante, ya que según el siguiente gráfico, para el 2022 13.400.000 personas trabajan de esta forma (72%), mientras que 4.300.000 personas trabajan de la manera formal<sup>34</sup> (28%). Esto obliga a aquellas personas que trabajan de forma informal a no disponer de un seguro de salud puesto que no están cubiertas bajo un plan laboral de una empresa. Es por ello, que la importancia del SIS es de gran magnitud para la población peruana.

---

<sup>33</sup> Se denomina trabajo informal a aquellas personas que tienen trabajos que no están totalmente reglamentados en ley pero que no bordan lo ilegal. O también se dice de aquellos con trabajos que no son de la tradicional visión de un “trabajo de empresa”, es decir, un trabajo con un sueldo mensual, contrato y diferentes garantías cubiertas por el empleador.

<sup>34</sup> Se denomina trabajo formal a aquellas personas que tienen trabajos que están totalmente cubiertos por la ley o que en una gran parte están sujetas bajo fuertes supervisiones de esta.

**Gráfico 21** – Trabajadores peruanos en empleos formales e informales, expresado en millones, entre 2013 y 2022.



Fuente: Extraído de INEI, Encuesta Nacional de Hogares, 2022.

Sin embargo, el SIS no es sinónimo de “seguro de salud perfecto” ya que al ser un seguro de salud público y debido a la gran concentración que obtiene por parte de la clase trabajadora informal, este programa puede tener problemas con respecto a su recaudación de fondos ya que Perú tiene un mayor porcentaje de empleo informal y debido a ello, y sin entrar en temas de economía compleja, el presupuesto que pueda venir de esta gran parte de la población puede resultar, a largo plazo, insignificante para lo que realmente se gasta para continuar manteniendo este seguro de salud a día de hoy.

Considerando aún más cuando nos referimos a programas de protección social, en este caso de salud, con financiamientos que articulan dimensiones contributivas y no contributivas. Mientras los programas de salud contributivos son proporcionados a personas que tengan un vínculo de empleado con una empresa, es decir, un vínculo formal en la cual se abona a un fondo para la garantía de un adecuado servicio salud (EsSalud); los programas de salud no contributivos son destinados a aquellas personas que, principalmente, operan en trabajos informales, es decir, de autónomos, independientes, o sin un vínculo de empleado con una empresa (SIS), siendo el Estado un garante para el derecho a la salud de esta población vulnerable.

**Cuadro 20** – Programas de protección social contributivos y no contributivos.



Fuente: Extraído de la Dirección de Seguridad Social, MTPE.

Otro factor muy cuestionado tanto del SIS como del EsSalud es acerca de la satisfacción de los usuarios.

A través de las siguientes tablas, se podrá observar cómo a pesar de que el SIS sea un seguro de salud público universal (no contributivo) y el EsSalud sea un seguro público pero destinado a trabajadores formales (contributivo), las carencias de atención al cliente en ambos seguros son cuestionables.

**Tabla 7** – Días promedio para obtener una cita médica en los Seguros de Salud peruanos, 2014.

Institución	Tiempo promedio (días)
Seguro Social de Salud del Perú	19
Fuerzas Armadas y Policiales	22
Ministerio de Salud	12
Clínicas	8

Fuente: Extraído de INEI, Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud, 2014.

La cantidad de días esperados para obtener una cita médica son mayores en el EsSalud que en el SIS en este caso, siendo ambos seguros de salud públicos. Sin embargo, esto no significa que uno sea mejor que el otro.

**Tabla 8** – Días promedio para obtener una cita médica en los Seguros de Salud peruanos, 2014.

Institución	Tiempo promedio (minutos)
Seguro Social de Salud del Perú	58
Fuerzas Armadas y Policiales	50
Ministerio de Salud	114
Clinicas	35

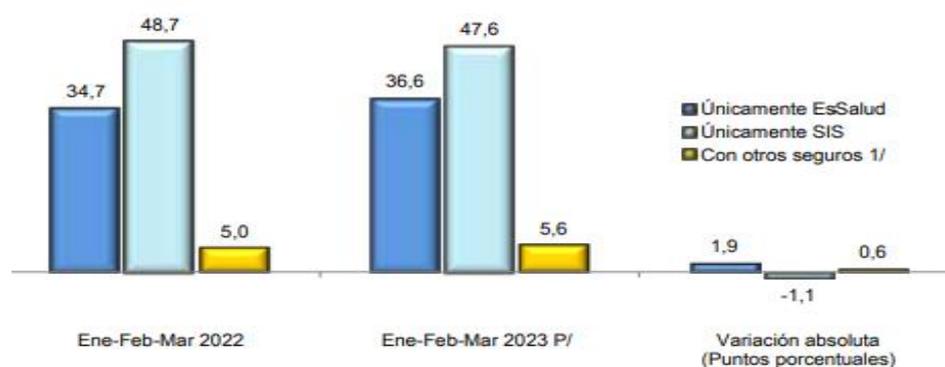
Fuente: Extraído de INEI, Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud, 2014.

En este caso, el Seguro Social de Salud mostró una mejora en el tiempo de espera para la atención médica. Esto nos hace pensar que mientras la atención del SIS es el doblemente tardío que una atención hecha por el EsSalud, entonces los días para obtener una cita de atención médica son proporcionalmente inversas al tiempo promedio para la atención médica. En otras palabras, tanto la Tabla 7 como la Tabla 8, muestra a groso modo, una balanza de la ineficiencia que ocurre en ambos seguros de salud. Si bien uno destaca sobre otro en un aspecto de atención al cliente, este aspecto se sobrepone con otro elemento defectuoso que tiene un seguro de salud con otro.

Haciendo aún más análisis, podemos ver la clara ventaja que tienen los seguros de salud privados, y esto es por obvio incentivo económico que estos tienen detrás para ofrecer un servicio de salud adecuado para la población.

Sin embargo, es la cruel realidad que también podemos apreciar en el siguiente gráfico acerca del “elitismo” en los servicios de salud y la accesibilidad que tiene diferente población dependiendo de sus recursos económicos.

**Gráfico 22** – Porcentaje de PAM afiliada a algún tipo de seguro de salud, 2022-2023.



Fuente: Extraído de INEI, Informe Técnico - Situación de la Población Adulta Mayor, Enero-Febrero-Marzo 2023.

Teniendo 4.441.761 adultos mayores (INEI, 2022), 2.114.278 (47,6%) tienen una afiliación al SIS, mientras que 1.625.684 (36,6%) tienen una afiliación al EsSalud. Los otros tipos de seguros de salud son mayormente seguros privados de salud y seguros especiales de salud como aquellos que reciben los que brindan labores a las fuerzas armadas o policiales (5,6%).

Si tenemos en cuenta la totalidad de cobertura de los 2 principales seguros de salud, SIS y EsSalud, tenemos un total de 84,2% lo cual deja un panorama adecuadamente “satisfactorio” con el alcance que tienen estos programas para los adultos mayores, ya que por lo menos disponen de un seguro de salud para su sobrevivencia.

No obstante, ese 5,6% que tiene un seguro de salud diferente, en su mayoría privado, representa ese “elitismo” que existe en este sector.

Mientras un 84,2% de la PAM tiene un seguro de salud público que no es del todo eficiente y es aún más cuestionable su atención cuando, con el pasar del tiempo, hay cada vez más personas que se afilian a estos seguros de salud, el 5,6% tiene un seguro de salud privado, pudiéndose permitir, inclusive, tener más de uno.

#### 6.1.2.2 EVALUACION PRESUPUESTARIA DE LOS PROGRAMAS PÚBLICOS DE CUIDADO DEL MINSA

En el caso del SIS se puede observar, a través de la siguiente Tabla, la distribución de un 17,5% del presupuesto total del Ministerio de Salud hacia este seguro de salud.

**Tabla 9** – Presupuesto destinado al MINSA, septiembre 2023.

TOTAL	214,790,274,052	244,273,463,038	151,157,534,547	61.9
Nivel de Gobierno E: GOBIERNO NACIONAL	141,122,476,787	144,691,084,926	94,260,616,832	65.1
Sector 11: SALUD	12,640,766,157	13,154,670,346	8,229,995,607	62.6
Pliego 135: SEGURO INTEGRAL DE SALUD	2,260,682,373	2,261,110,373	2,059,615,923	91.1
Unidad Ejecutora	PIA	PIM	Ejecución	Avance %
			Devengado	
001-1091: SEGURO INTEGRAL DE SALUD	1,788,469,657	1,788,897,657	1,670,211,364	93.4
002-1423: FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD - FISSAL	472,212,716	472,212,716	389,404,559	82.5

Fuente: Extraído de Consulta amigable, Portal de Transparencia Económica.

Siendo alrededor de una quinta parte del presupuesto total, se puede decir que hay cierta preocupación por invertir en un seguro de salud público universal, a pesar

del cuestionamiento acerca de la porcentual ya ejecutado de ese presupuesto para el mes de septiembre (93.4%), colocándolos en una situación comprometedor para finalizar el ejercicio financiero.

La situación cambia cuando, a través de la siguiente Tabla, se puede analizar la ejecución del presupuesto de EsSalud.

**Tabla 10** – Presupuesto del EsSalud, marzo 2023.

Rubros	Presupuesto aprobado o modificado			Ejecucion presupuestal 2023		
	Anual	Mes de marzo	Hasta el mes de marzo	Mes de marzo	Hasta el mes de marzo	% Avance anual
Ingresos	14,789,726,477	1,237,996,609	3,661,383,569	1,239,837,722	3,671,703,799	24.83
Egresos	13,744,845,005	1,030,181,632	3,573,502,580	1,052,590,302	3,267,523,366	23.77
Gastos de capital	608,630,606	35,935,671	92,951,453	43,352,018	111,315,026	18.29
Ingresos de capital	10,168,990	910,892	1,970,966	0	1,060,074	10.42
Transferencias netas	-173,703,655	-12,770,365	-38,311,095	-11,449,729	-44,482,167	25.61
Financiamiento neto	-100,000,000	0	0	0	0	0
Resultados de ejercicios anteriores	0	0	0	4,015,566	14,277,341	
Saldo final	172,716,201	160,019,833	-41,410,593	136,461,239	263,720,655	
GIP-Total	7,914,529,060	544,299,154	2,112,926,459	490,683,868	1,952,281,251	24.67

Fuente: Extraído de Portal de Transparencia, Seguro Social de Salud, Presupuesto de Ingresos y Egresos - Marzo 2023

El mes de marzo representa un 25% de los meses del año, lo cual si el avance anual no llega a este porcentaje quiere decir que tienen una razonable ejecución presupuestaria por lo cual se podría esperar una adecuada respuesta de atención de salud ofrecido por este seguro de salud.

### 6.1.3 SERVICIOS PÚBLICOS DEL CUIDADO GESTIONADOS POR EL MINEDU

A continuación, se presenta el programa de Educación Básica Alternativa y el programa de Alfabetización gestionados por el Ministerio de Educación. Si bien es cierto que, el cuidado tiene una fuerte inclinación hacia la protección social y la salud, la educación en adultos mayores no es indiferente a esta concepción ya que es clave para ofrecerles autonomía intelectual, dimensión importante debido al declínio cognitivo en este segmento y a las estructurales desigualdades de acceso a la educación que se vuelven más onerosas en la vejez.

### 6.1.3.1 ANÁLISIS DEL PEBAJA Y PA

Formulados en marzo de 2005 estos programas fungen con el propósito de promover la continuación de los estudios o, en el otro caso, la capacidad de aprender a leer y escribir.

Expresado en la siguiente tabla, la PAM que no ha culminado sus estudios son aquellos que pertenecen a la categoría “Sin nivel/Inicial” y “Primaria”. Esta última variable se debe a que la fase Primaria de la escuela no es la última etapa del ciclo educativo escolar, sino el Secundario. Por ello, son tomados en cuenta estas dos variables para analizar la cantidad de PAM que no ha culminado sus estudios, o por lo menos, los básicos.

**Tabla 11** – Nivel educativo alcanzado por la PAM, en porcentaje, 2019-2023.

Nivel educativo/ Área de residencia	Ene-Feb-Mar 2019			Ene-Feb-Mar 2020			Ene-Feb-Mar 2021			Ene-Feb-Mar 2022			Ene-Feb-Mar 2023 P/		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer									
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Sin nivel / inicial	14,8	5,7	23,0	13,1	5,6	19,9	12,6	4,4	19,9	13,6	5,3	20,9	13,3	5,0	20,6
Primaria 1/	37,9	39,1	36,7	37,3	37,3	37,2	39,1	39,2	38,9	37,0	37,2	36,8	36,0	35,8	36,1
Secundaria	24,9	29,6	20,6	26,5	30,9	22,6	27,9	33,3	23,2	28,5	33,0	24,5	27,6	32,3	23,6
Superior no universitaria	7,6	6,6	8,4	9,0	8,1	9,9	7,4	7,1	7,7	7,8	8,2	7,5	9,5	9,8	9,2
Superior universitaria	14,9	19,0	11,2	14,0	18,2	10,4	13,0	16,0	10,4	13,1	16,3	10,3	13,6	17,3	10,5

Fuente: Extraído de INEI, Informe Técnico - Situación de la Población Adulta Mayor, Enero-Febrero-Marzo, 2023.

Sumando las variables de “Sin nivel/Inicial” y “Primaria”, para el primer trimestre del año 2023 tenemos un total de 49,3% de adultos mayores sin haber culminado sus estudios en comparación a la mayoría del promedio que eran en años anteriores superando inclusive el umbral del 50%.

Según una nota de prensa publicada por el MINEDU, el Programa de Educación Básica Alternativa registra una cobertura de 13.000 adultos mayores inscritos para poder culminar sus estudios. En 2023 se registra un total de 4.586.736 personas adultas mayores (INEI, 2023), es decir, es un 0,2% de la PAM que decide continuar con sus estudios básicos.

Sean por razones propias de los adultos mayores como el desinterés por querer culminar sus estudios básicos como por la falta de incentivo estatal para promover y concientizar acerca de la finalización de los estudios básicos, el porcentaje que está

inscrito en la PEBAJA es demasiado bajo y deja mucho que desear por parte de la PAM como del propio Estado.

Por el contrario, según la siguiente tabla, la tasa de analfabetismo en los adultos mayores peruanos es cada vez inferior en comparación al año 2008.

**Tabla 12** – Tasa de analfabetismo en las diferentes franjas etarias peruanas, 2008-2018.

Grupo de edad / Área de residencia	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Total</b>	<b>8,2</b>	<b>7,6</b>	<b>7,4</b>	<b>7,1</b>	<b>6,2</b>	<b>6,2</b>	<b>6,3</b>	<b>6,0</b>	<b>5,9</b>	<b>5,9</b>	<b>5,6</b>
<b>Urbana</b>	<b>4,5</b>	<b>4,2</b>	<b>4,0</b>	<b>4,0</b>	<b>3,3</b>	<b>3,5</b>	<b>3,7</b>	<b>3,6</b>	<b>3,7</b>	<b>3,5</b>	<b>3,4</b>
15-19	1,0	0,8	0,8	0,9	0,6	0,6	0,7	0,6	0,6	0,4	0,4
20-29	1,3	1,3	1,1	1,2	1,0	1,1	1,2	1,0	1,1	1,0	0,9
30-39	2,2	1,8	1,7	2,0	1,8	1,7	1,7	1,7	1,8	2,2	1,7
40-49	3,5	3,3	3,1	3,1	2,5	2,6	2,8	2,8	3,2	2,8	3,0
50-59	6,4	6,3	5,9	5,1	3,9	4,3	4,7	4,7	4,6	4,4	4,8
60-y más	18,8	17,3	17,0	16,2	13,4	13,8	14,1	13,5	13,2	12,3	11,1
<b>Rural</b>	<b>19,5</b>	<b>18,3</b>	<b>18,3</b>	<b>17,4</b>	<b>15,9</b>	<b>15,8</b>	<b>15,7</b>	<b>14,8</b>	<b>14,6</b>	<b>14,9</b>	<b>14,5</b>
15-19	3,9	2,6	2,9	2,4	2,1	1,6	1,2	1,2	1,9	1,3	1,0
20-29	8,9	7,2	8,0	6,7	5,6	5,5	4,9	5,0	4,6	5,3	5,1
30-39	14,9	12,9	13,7	13,4	12,3	11,6	12,6	10,8	10,3	11,0	10,4
40-49	23,2	22,4	20,6	19,5	17,8	18,0	17,0	16,3	16,6	15,0	14,6
50-59	33,8	32,3	30,9	27,9	25,8	25,2	24,4	23,9	22,6	24,1	23,3
60-y más	51,9	51,6	50,8	49,7	46,2	45,8	45,4	43,8	41,3	41,6	40,6

Fuente: Extraído de INEI, Perú: Indicadores de Educación por Departamentos, 2008-2018.

El analfabetismo en el área urbana se redujo de un promedio de 4,5% de la población total en 2008 a 3,4% para 2018, siendo más llamativo la de los adultos mayores que redujo un 7,7% durante ese periodo de tiempo. Mientras que en área rural se puede observar una reducción más considerable del promedio analfabeta de un 19,5% de la población en 2008 a 14,5% en 2018, siendo más llamativa la etapa adulta entre los 40 hasta los 59 años y la etapa adulta mayor.

Para hacer una asimilación con el nivel educativo alcanzado (Ver Tabla 11), la variable “Sin nivel/Inicial” puede representar la variable “Analfabeto” ya que, al no contar con el primer nivel educativo, es decir, el Inicial, o peor aún, no contar con ningún nivel, es altamente probable que el adulto mayor pueda caer en el analfabetismo debido a las carencias educativas.

Y para referirnos a las carencias educativas, también debemos mencionar que la educación, al igual que la salud, está concentrada en un grupo en específico. Pero

no hablamos de un “elitismo económico” que también lo hay, sino de una centralización de la educación.

Perú cuenta con una organización centralizada, es decir, las principales intervenciones gubernamentales se hacen en la capital del país, Lima. Sin embargo, esto no quiere decir que no existan gobiernos regionales de otros departamentos, sino que estos cuentan con poca relevancia a nivel jerárquico de la administración pública peruana.

**Tabla 13** – Población censada según departamento, 1940 - 2017.

Departamento	1940	1961	1972	1981	1993	2007 a/	2017
Total	6 207 967	9 906 746	13 538 208	17 005 210	22 048 356	27 412 157	29 381 884
Amazonas	65 137	118 439	194 472	254 560	336 665	375 993	379 384
Áncash	424 975	582 598	726 215	826 399	955 023	1 063 459	1 083 519
Apurímac	258 094	288 223	308 613	323 346	381 997	404 190	405 759
Arequipa	263 077	388 881	529 566	706 580	916 806	1 152 303	1 382 730
Ayacucho	358 991	410 772	457 441	503 392	492 507	612 489	616 176
Cajamarca	494 412	746 938	919 161	1 026 444	1 259 808	1 387 809	1 341 012
Prov. Const. del Callao	82 287	213 540	321 231	443 413	639 729	876 877	994 494
Cusco	486 592	611 972	715 237	832 504	1 028 763	1 171 403	1 205 527
Huancavelica	244 595	302 817	331 629	346 797	385 162	454 797	347 639
Huánuco	234 024	328 919	414 468	477 650	654 489	762 223	721 047
Ica	140 898	255 930	357 247	433 897	565 686	711 932	850 765
Junín	338 502	521 210	696 641	852 238	1 035 841	1 225 474	1 246 038
La Libertad	383 252	582 243	783 728	982 074	1 270 261	1 617 050	1 778 080
Lambayeque	192 890	342 446	514 602	674 442	920 795	1 112 868	1 197 260
Lima	828 298	2 031 051	3 472 564	4 745 877	6 386 308	8 445 211	9 485 405
Loreto	152 457	272 933	375 007	482 829	687 282	891 732	883 510
Madre de Dios	4 950	14 890	21 304	33 007	67 008	109 555	141 070
Moquegua	34 152	51 614	74 470	101 610	128 747	161 533	174 863
Pasco	90 353	138 369	176 580	212 145	226 295	280 449	254 065
Piura	408 605	668 941	854 972	1 125 865	1 388 264	1 676 315	1 856 809
Puno	548 371	686 260	776 173	890 258	1 079 849	1 268 441	1 172 697
San Martín	94 843	161 763	224 427	319 751	552 387	728 808	813 381
Tacna	36 349	66 024	95 444	143 085	218 353	288 781	329 332
Tumbes	25 709	55 812	76 515	103 839	155 521	200 306	224 863
Ucayali	16 154	64 161	120 501	163 208	314 810	432 159	496 459

Fuente: Extraído de INEI, Perú: Perfil Sociodemográfico, 2017

Es por ello que cuando se observa la Tabla 12, la variable “urbana<sup>35</sup>” hace referencia a las ciudades más pobladas las cuales se encuentran mayormente en el área

<sup>35</sup> Se considera “urbana” a aquellos “centros poblados [...] con 2 mil y más habitantes” (INEI, 2017, p.15).

metropolitana de Lima, ya que en otros departamentos hay ciudades con poca población en comparación y muchas de las cuales entrarían dentro de la clasificación de “rural<sup>36</sup>”

Debido a esta gran concentración de población en la capital peruana, es que las variables “Urbana” y “Rural” de la Tabla 12, tienen diferencias notables. Mientras que el analfabetismo es mucho más reducido en las zonas urbanas por la mayor intervención estatal en estas zonas, la zona rural se ve de cierta forma “olvidada” con respecto a la oferta de educación en sus ciudades.

### 6.1.3.2 EVALUACION PRESUPUESTARIA DE LOS PROGRAMAS PÚBLICOS DE CUIDADO DEL MINEDU

La situación presupuestaria de los programas PEBAJA y PA dejan mucho que desear puesto que reciben 4.687.430 soles peruanos, representando alrededor de un 0,1% de lo que recibe el Programa Educación Básica para Todos, dentro del cual se encuentran integrados estos dos programas.

**Tabla 14 – Presupuesto del MINEDU, septiembre 2023.**

TOTAL	214,790,274,052	244,273,463,038	151,157,534,547	61.9	
Nivel de Gobierno E: GOBIERNO NACIONAL	141,122,476,787	144,691,084,926	94,260,616,832	65.1	
Sector 10: EDUCACION	18,536,967,385	15,941,250,104	9,164,418,452	57.5	
Pliego 010: M. DE EDUCACION	12,629,656,942	9,398,789,900	5,609,693,089	59.7	
Unidad Ejecutora 026-81: PROGRAMA EDUCACION BASICA PARA TODOS	4,113,137,007	1,522,588,490	374,421,284	24.6	
NO RESULTAN EN PRODUCTOS	3,063,963,470	1,153,488,735	182,736,428	15.8	
Producto/Proyecto 3999999: SIN PRODUCTO	3,050,602,926	1,151,059,111	181,082,368	15.7	
EDUCACION BASICA ALTERNATIVA	4,687,430	14,605,115	9,003,141	61.6	
Función 22: EDUCACION	4,687,430	14,605,115	9,003,141	61.6	
División Funcional 047: EDUCACION BASICA	4,687,430	14,605,115	9,003,141	61.6	
Grupo Funcional 0106: EDUCACION BASICA ALTERNATIVA	4,687,430	14,605,115	9,003,141	61.6	
	<b>Meta</b>	<b>PIA</b>	<b>PIM</b>	<b>Ejecución Devengado</b>	<b>Avance %</b>
00001-81: ALFABETIZACION	1,687,591	1,638,412	1,162,470	71.0	
Cantidad: 2,487.0					
Unidad de Medida: PERSONA ASISTIDA					
Avance Físico: 1825 (73.4 %)					
00002-81: ALFABETIZACION	1,090,140	10,938,807	6,437,495	58.9	
Cantidad: 22,544.0					
Unidad de Medida: ESTUDIANTES					
Avance Físico: 0 (0.0 %)					
00003-81: CAPACITACION	596,439	551,138	299,017	54.3	
Cantidad: 80.0					
Unidad de Medida: MATERIAL EDUCATIVO					
Avance Físico: 24 (30.0 %)					
00004-81: GESTION Y ADMINISTRACION	1,313,260	1,476,758	1,104,158	74.8	
Cantidad: 22,544.0					
Unidad de Medida: DOCUMENTO					
Avance Físico: 4 (0.0 %)					

Fuente: Extraído de Consulta amigable, Portal de Transparencia Económica.

<sup>36</sup> Se considera “rural” a aquellos “centros poblados [...] que tienen menos de 2 mil habitantes” (INEI, 2017, p.15).

Esta mala distribución se debe a que los principales esfuerzos hechos por el MINEDU están concentrados en operar eficientemente en las instituciones educativas vigentes, las cuales son obviamente dirigidas para la población joven.

El poco presupuesto destinado a estos programas para la PAM, adicionado al hecho de que los adultos mayores tienden a tener desinterés acerca de la continuación de sus estudios básicos debido a la prioridad a otras actividades como puede ser el trabajo por situaciones de pobreza, el descanso o la discapacidad intelectual que puedan adquirir debido al avance de la edad, dejan pocas esperanzas para satisfacer una necesidad importante como lo es la educación.

#### 6.1.4 SERVICIOS PÚBLICOS DEL CUIDADO GESTIONADOS POR EL MIMP

En esta sección serán presentados los programas AURORA e INABIF, siendo ambos pertenecientes al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Sin embargo, y como será explicado en los siguientes párrafos, este ministerio no aboga solo por el goce pleno de derechos humanos de las mujeres peruanas, sino que también lo hace, en sentido extenso, por la población vulnerable, dentro de la cual se encuentran los adultos mayores, recordando que el envejecimiento está también feminizado.

##### 6.1.4.1 ANÁLISIS DEL PROGRAMA AURORA E INABIF

Creado en diciembre del 2019 y en 1939 respectivamente, ambos programas están enfocados en la protección social de la población “vulnerable” y luchan contra la violencia de cualquier tipo de todas las franjas etarias, pero principalmente hay un impacto notorio en la etapa de la niñez seguidamente de la adultez.

Cuando nos referimos al término “vulnerable” nos referimos a la definición de vulnerabilidad social ofrecida por la CEPAL (2002)

[...] algún factor contextual que los hace más propensos a experimentar circunstancias adversas para su inserción social y desarrollo personal (grupos “en riesgo social”), el ejercicio de conductas que entrañan mayor exposición a eventos dañinos, o la presencia de un atributo básico compartido (edad, sexo o condición étnica) que se supone les confiere riesgos o problemas comunes (CEPAL, 2002, p.5).

Esta definición ya nos abre múltiples interpretaciones de muchos tipos de personas que pueden ser catalogadas como vulnerables, desde niños hasta adultos mayores, pasando por temáticas de pobreza, abandono, desempleo, violencia,

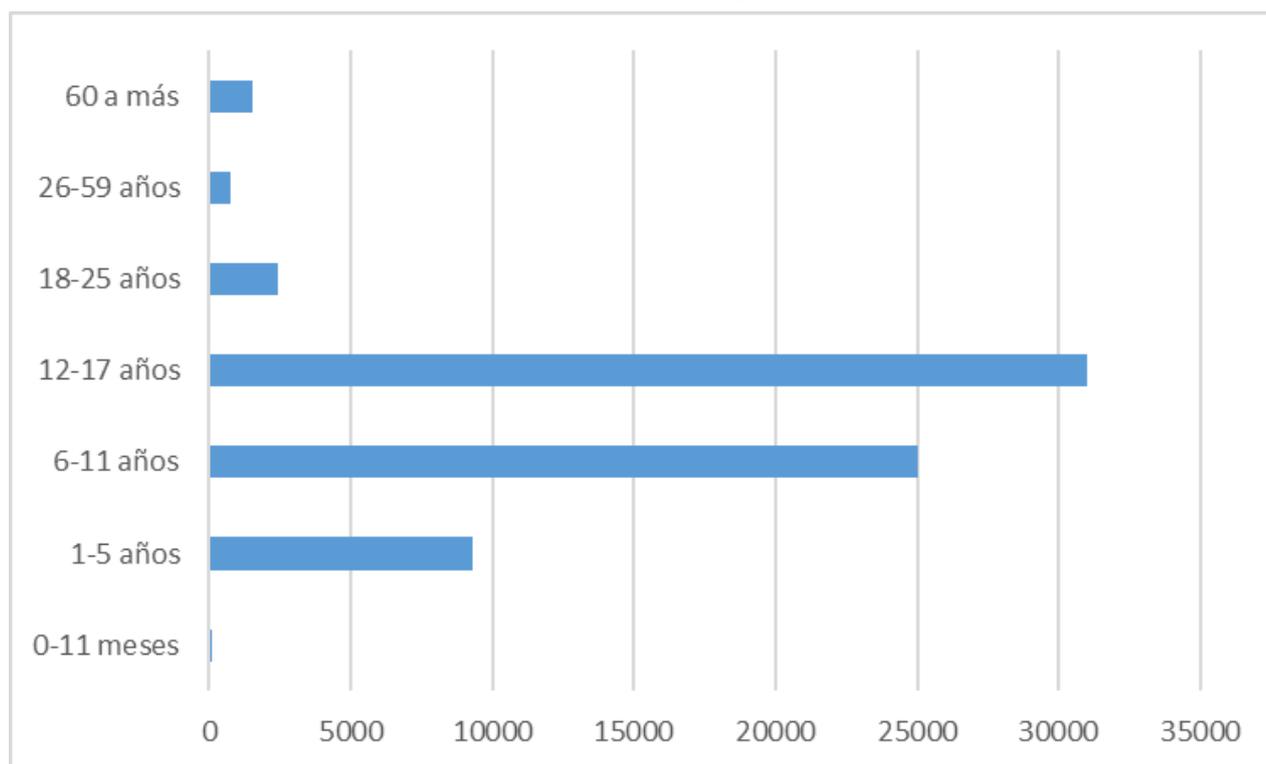
discapacidad, enfermedad, dependencia, etc. Es decir, la categorización está abierta a muchos campos y a todas las franjas etarias.

Como ya es sabido, los adultos mayores forman parte de este grupo “vulnerable”, sea por los problemas recurrentes de la edad misma alcanzada o por problemas referentes al entorno sean estos: violencia, abandono, discriminación, etc.

Sea por una vulnerabilidad en la pobreza (Ver Gráfico 18) vulnerabilidad por salud (Ver Gráfico 20), vulnerabilidad de discapacidad (Ver Gráfico 19) vulnerabilidad por dependencia (Ver Gráfico 11), la población adulta mayor está catalogada como vulnerable en toda la regla.

Sin embargo, a través del siguiente gráfico, podemos ver que la poca cobertura que tuvo el programa INABIF para los adultos mayores en comparación a otras franjas etarias.

**Gráfico 23** – Población atendida en el INABIF por grupo etario, 2023.



Fuente: Elaboración del autor, en base a la información obtenida en el Boletín Estadístico del Mes de Agosto del 2023 del programa INABIF.

Siendo un total de 70.160 usuarios atendidos con este programa, vemos que los principales beneficiados es la población joven (6-17 años), mientras que la población adulta mayor ocupa un 2,2% del total, es decir, solo 1.546 adultos mayores son atendidos.

Por si esto no fuera poco, y gracias a la siguiente tabla, el programa AURORA guarda muchas similitudes con el programa INABIF con respecto a los casos atendidos.

**Tabla 15** – Casos atendidos en los Centros de Emergencia Mujer (CEM) del programa AURORA por franja etaria, 2023.

Mes	Total	0 a 5 años	6 a 11 años	12 a 17 años	18 a 25 años	26 a 35 años	36 a 45 años	46 a 59 años	60 a más años
Enero	12.555	733	1.391	2.040	1.792	2.571	1.977	1.255	796
Febrero	12.379	761	1.437	2.086	1.790	2.443	1.945	1.148	769
Marzo	14.135	832	1.682	2.383	1.937	2.881	2.223	1.349	848
Abril	13.375	742	1.586	2.374	1.879	2.786	2.009	1.229	770
Mayo	14.632	938	1.779	2.667	2.002	2.947	2.199	1.298	802
Junio	14.769	1.019	1.958	2.776	1.924	2.814	2.221	1.228	829
Julio	14.437	935	1.893	2.677	1.955	2.794	2.112	1.210	861
Agosto	14.999	910	2.024	2.807	1.928	2.852	2.164	1.388	926
<b>Total</b>	<b>111.281</b>	<b>6.870</b>	<b>13.750</b>	<b>19.810</b>	<b>15.207</b>	<b>22.088</b>	<b>16.850</b>	<b>10.105</b>	<b>6.601</b>
<b>%</b>	<b>100,0%</b>	<b>6,2%</b>	<b>12,4%</b>	<b>17,8%</b>	<b>13,7%</b>	<b>19,8%</b>	<b>15,1%</b>	<b>9,1%</b>	<b>5,9%</b>

Fuente: Extraído del Portal Estadístico del Programa Nacional AURORA.

Aunque tiene una expansión en los casos atendidos de la juventud hacia la adultez, la PAM sigue teniendo un bajo porcentaje de atendimento (5,9%).

Si bien ambos programas son pertenecientes al MIMP, esto no quiere decir que simplemente deberíamos afirmar que esos programas no deben ser completamente dirigidos hacia los adultos mayores, por el contrario, la población adulta mayor entra en la parte de “Poblaciones Vulnerables” del propio ministerio por las razones ya expuestas anteriormente, y debido al Gráfico 23 y Tabla 15, podemos ver la clara falta de cobertura, y en especial de capilaridad social y territorial, que aún demuestran estos programas para alcanzar a la población objetivo.

Recordemos la gama de posibilidades de significantes de la palabra “vulnerabilidad” y hagamos el comparativo de esta cobertura con la PAM total que se encuentran en este tipo de situaciones (CEPAL, 2002).

#### 6.1.4.2 EVALUACION PRESUPUESTARIA DE LOS PROGRAMAS PÚBLICOS DE CUIDADO DEL MIMP

De forma positiva se puede observar, en la siguiente tabla, que la distribución de presupuesto es la adecuada para los programas públicos del MIMP.

**Tabla 16** – Presupuesto del MIMP, abril 2023.

TOTAL	214,790,274,052	227,735,247,383	58,920,774,448	25.9
Nivel de Gobierno E: GOBIERNO NACIONAL	141,122,476,787	141,630,914,123	40,668,334,980	28.7
Sector 39: MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES	817,342,224	821,150,891	226,666,410	27.6
Pliego 039: MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES	789,544,666	793,353,333	220,693,720	27.8
Unidad Ejecutora	PIA	PIM	Ejecución	Avance %
			Devengado	
001-1087: MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES- ADM. NIVEL CENTRAL	150,663,108	148,285,015	37,982,334	25.6
006-1160: PROGRAMA INTEGRAL NACIONAL PARA EL BIENESTAR FAMILIAR- INABIF	328,831,372	329,013,232	78,125,473	23.7
009-1232: PROGRAMA NACIONAL CONTRA LA VIOLENCIA FAMILIAR Y SEXUAL (PNCVFS)	310,050,186	316,055,086	104,585,914	33.1

Fuente: Extraído de Consulta amigable, Portal de Transparencia Económica.

Siendo alrededor de un 40% para el programa AURORA y un 42% para el INABIF, se puede considerar que el MIMP distribuye más presupuestos a estos programas considerados principales bajo su gestión.

Sin embargo, no podemos dejar de lado que esta cantidad de recursos económicos no es muy superior si lo comparamos con programas como *Qali Warma* del MIDIS, el cual tiene un presupuesto 3 veces mayor en comparación a estos dos programas del MIMP en conjunto. Sin olvidar que estos programas, al contar con una adecuada distribución presupuestaria, sus reflejos en la cobertura de estos programas para la PAM o para las otras franjas etarias no son muy satisfactorias.

#### 6.1.5 ANÁLISIS DE LOS SISTEMAS PREVISIONALES CONTRIBUTIVOS: SNP Y SPP

Antes de entrar al análisis en sí, debemos aclarar las definiciones y diferencias que existen entre estos dos tipos de sistemas previsionales.

El Sistema Nacional de Pensiones (SNP) es administrado por la Oficina de Normalización Previsional (ONP) bajo el Ministerio de Economía y Finanzas, el cual está dirigido para la población que trabaja formalmente y que recibe un sueldo mínimo o no lo suficiente alto, para luego al momento de jubilarse poder recibir un subsidio mínimo.

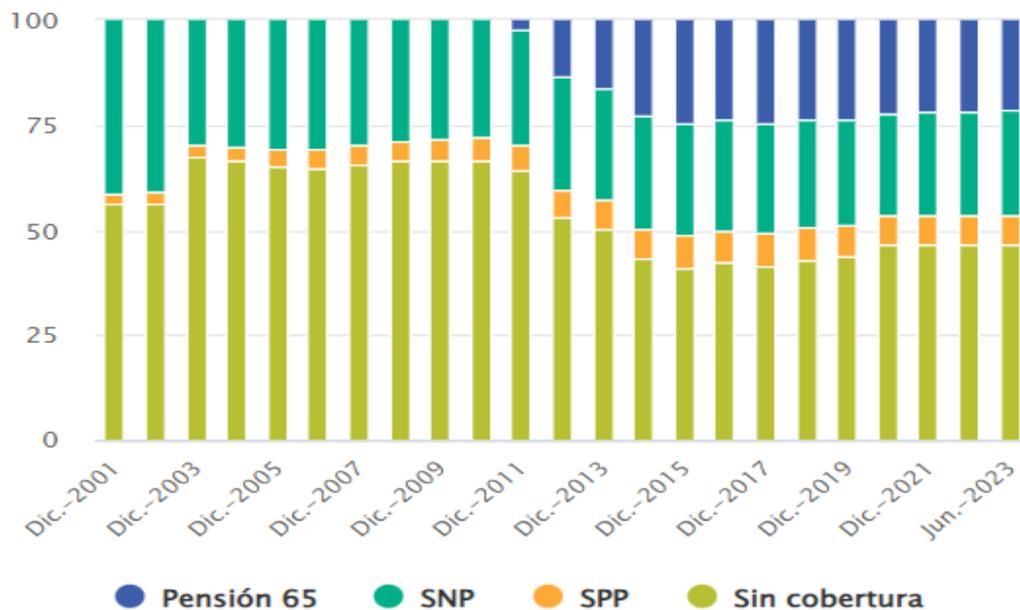
El Sistema Privado de Pensiones (SPP) es administrado por la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones (SBS) el cual está dirigido para la población que trabaja formalmente pero que reciben un

sueldo medio-alto, y llegado a la etapa adulta mayor pueden recibir un subsidio en conformidad a lo contribuido, o, pudiéndose permitir, retirar la totalidad de sus fondos.

Cabe resaltar que en el SPP también están incluidos, obviamente, ciertos sistemas previsionales que son exclusivamente para la “elite peruana”, es decir, que apenas un porcentaje minúsculo de la población puede darse el lujo de poseer tales beneficios.

Aclarado esto, y considerando el siguiente gráfico, veremos la cobertura que tienen estos sistemas previsionales para la PAM peruana

**Gráfico 24** – Cobertura de los sistemas previsionales a la PAM peruana, periodo: 2001-2023.



Fuente: Extraído de Asociación de Administradoras de Fondos de Pensiones (AAFP), Estadísticas del Sistema de Pensiones, 1993-2023

Primeramente, el programa Pensión 65 debe ser considerado como parte de un sistema de pensiones no contributivo, debido a que es dirigido para la PAM que no tuvieron un vínculo de empleo formal, no realizaron contribuciones al Estado y están catalogados dentro de situaciones de pobreza o pobreza extrema.

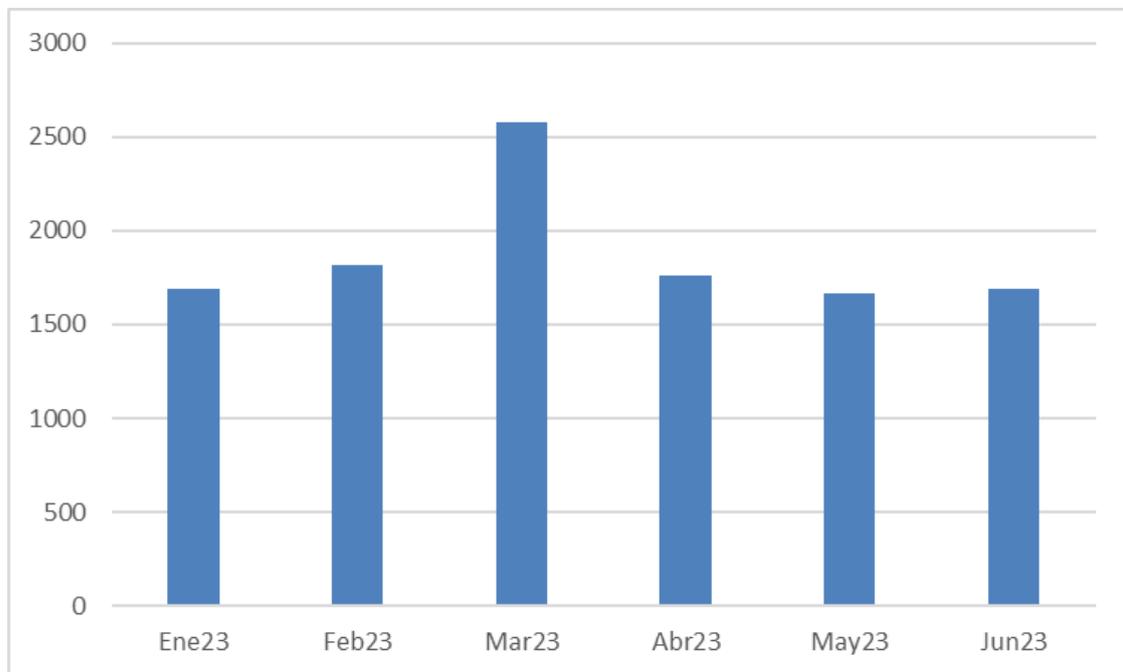
Sumado a ello debemos considerar que los adultos mayores que forman parte de este programa fueron parte, previo a la creación del programa en cuestión, de los adultos mayores “Sin cobertura”. Esto se puede ver desde su pequeño impacto en 2011 hasta 2023 cuando la cantidad de afiliados al programa Pensión 65 aumenta mientras que la cantidad de adultos mayores sin sistema previsional disminuye, es decir, son variables

proporcionalmente inversas. Lo que representa un avance significativo en el tema de accesibilidad a un sistema previsional.

En segundo lugar, los afiliados al SNP son mayores a los afiliados a la SPP. Para sintetizar el porqué de esta afirmación, basta con reiterar que en Perú existe un alto porcentaje de trabajo informal (Ver Gráfico 21), siendo una relación de  $\frac{1}{4}$  de trabajadores formales respecto de trabajadores informales.

Para avanzar aún más, en el siguiente gráfico, que muestra la media de ingresos de trabajadores formales, debemos considerar que muchos de ellos no reciben un sueldo lo suficientemente alto para sustentar todos sus gastos.

**Gráfico 25** – Ingreso promedio del sector formal privado - Real<sup>37</sup>. 2023



Fuente: Elaboración del autor, en base a la información obtenida del Banco Central de Reserva del Perú (BCRP)

Colocando un promedio de 1500 soles peruanos (equivalente a 400 dólares) y considerando que el gasto mensual de un peruano es de 825 soles peruanos (INEI, 2023) podemos ver que la mitad del salario de un trabajador formal se va en gastos básicos, pudiendo no ser todos los que pueden considerarse en este rubro ya que pueden existir gastos adicionales no catalogados como básicos.

<sup>37</sup> Según el BCRP, el término “real” significa un valor monetario del cual se le añade el factor inflacionario. Es decir, los montos expresados en el gráfico 25 representan el salario de la población formal considerando la inflación que pueda ocurrir en la economía del país, lo cual puede reducir al final de cada mes sobre el salario recibido por el empleado formal dependiendo de la magnitud de la inflación.

Si le agregamos a ello, la existencia de una “elite” ostentadora de ser parte de un sistema privado previsional, podemos entender aún más porque hay más usuarios pertenecientes a la SNP que a la SPP.

Finalmente, y para sintetizar, la PAM que no recibe un ingreso previsional continúa siendo mayor a la cantidad de PAM perteneciente tanto a un sistema previsional público (Pensión 65 y SNP) como a un sistema previsional privado (SPP).

Sin necesidad de usar cálculos, podemos ver que la cobertura de un sistema previsional a los adultos mayores aún tiene un largo camino por recorrer en el país.

## 6.2 LA PERSPECTIVA DE LOS *POLICYMAKERS*

En esta sección se realizará una indagación sobre las respuestas que dieron los entrevistados, siendo estos pertenecientes a un alto cargo jerárquico dentro de las decisiones de los programas públicos analizados. Además de ello, se subdividió esta sección en dos partes debido a que se realizaron dos cuestionarios con diferentes preguntas, pero ambos guardan relación con el tema presente.

### 6.2.1 LOS SERVICIOS DE CUIDADO DE LA PAM

Este primer cuestionario fue enviado a 19 *policymakers* de los cuales solo hubo un retorno de 3 respuestas, es decir, solo hubo una devolución del 15,7% del total.

Siguiendo las instrucciones de Babbie (1999) para realizar un cuestionario, se hizo una presentación introductoria conforme a lo estipulado por la Ley de ética en Pesquisa ya mencionada antes y una pregunta cerrada sobre si el informante deseaba ser anonimizado puesto que estos *policymakers* son actores públicos de alta escala y brindar información, a pesar de estar estipulado el derecho a la solicitud de información en la Constitución peruana vigente en el artículo 2, inciso 5, puede ser un tema delicado para ellos debido a que pueden estar colocados bajo una exposición o sospechas de temas controversiales.

De los 19 *policymakers* se obtuvo 3 respuestas y de las cuales 2 (66,7%) decidieron “No, no deseo salvaguardar mi anonimato” y 1 (33,3%) decidió “Si, deseo salvaguardar mi anonimato”

Sin embargo, al momento de utilizar alguna citación directa o indirecta de estos *policymakers* que no quisieron guardar su anonimato no se ofrecerá su nombre

completo, sino que se sustituirá esta información por el cargo que ejercen. Por el contrario, el que decida guardar su anonimato, se le colocara el nombre de “Informante x” (siendo “x” un número para referirse al *policymaker*)

La primera pregunta los cuestiona sobre la suficiencia de los programas públicos existentes en Perú para responder la demanda actual de servicios públicos de la PAM.

En esta pregunta hay dos variables que son importantes para esta investigación, “las cuidadoras” y “el crecimiento de la población adulta mayor” respecto de otros grupos etarios de la población del país, o “envejecimiento poblacional”.

Las respuestas brindadas, en síntesis, nos afirman la insuficiencia que tienen los programas públicos actuales de servicios de cuidado para la PAM, porque este segmento poblacional sigue creciendo, lo cual hará que esos programas, que ya son insuficientes para la PAM del presente, próximamente sean aún más inadecuados debido a lo que anuncian las proyecciones y porque no hay suficiente disponibilidad de las cuidadoras haciendo una clara referencia a que:

1. Las mujeres ya no están totalmente involucradas en temas del cuidado debido a que estas ya están teniendo otras actividades en simultáneo.
2. Los *policymakers* entienden la importancia que tienen las mujeres en los servicios de cuidado y por ello, “colocan la responsabilidad” en ellas evitando profundizar acerca de la poca oferta pública de servicios de cuidado.

La segunda pregunta los interroga acerca de la eficiencia de los programas públicos para la PAM peruana

Los tres entrevistados respondieron que los programas a su cargo si ayudan eficientemente a la PAM y tienen planes para continuar fortaleciéndose, debido a que la transición demográfica ya evidencia el protagonismo de los adultos mayores, el cual debería tornarse como el público-objetivo a servir desde las políticas.

Sin embargo, como ya se vio anteriormente en los análisis de los programas públicos para la PAM, la eficiencia y cobertura de estos servicios aún requieren mucho trabajo por delante para poder mantener una afirmación tan seria como la de “Si, son totalmente adecuados y ayudan a la población adulta mayor”

La tercera pregunta reflexiona acerca de la suficiencia en la distribución presupuestaria en los programas y políticas públicas para la PAM peruana

Los tres informantes dieron una respuesta negativa ante la pregunta, es decir, concordaron en que el presupuesto dirigido a esos programas y políticas públicas para la PAM es insuficiente. Y resaltando aún más este punto:

En países como el nuestro los recursos que se asignan a programas sociales como el nuestro son insuficientes por cuanto la problemática que se aborda está vinculada a inequidades, falta de oportunidades, servicios como educación y salud que han sido inaccesibles y por tanto generan determinantes sociales negativos para el desarrollo de la persona que al llegar a la edad mayor no tiene seguridad económica, su salud física y emocional no es la adecuada, lamentablemente de los 5,316,365 total PAM peruanas, se encuentran en situación de riesgo 2,674,809 y en pobreza y pobreza extrema 1,110,193; por tanto las necesidades son mayores a los recursos asignados (Viceministra de Poblaciones Vulnerables, MIMP).

Esta respuesta, además de afirmar la insuficiencia presupuestaria hacia los programas públicos para la PAM, también nos revela que debido a las inequidades y falta de oportunidades que tuvieron estos adultos mayores durante y después de su etapa económicamente activa, muchos de ellos se encuentran en situaciones vulnerables.

La cuarta pregunta les consulta acerca de la posibilidad de mejora de estos servicios públicos para la PAM por parte del Estado peruano.

Las respuestas, en resumen, ofrecen un panorama alentador para estos *policymakers* quienes opinan que realmente se puede mejorar estos servicios públicos y colocan la importancia sobre tres variables en específico:

1. La articulación entre el Gobierno Nacional, gobiernos regionales, gobiernos locales e instituciones aliadas: A pesar de que Perú es un país centralizado (Ver Tabla 13), los *policymakers* opinan que, si comienzan a, de cierta forma, descentralizarse y operar conjuntamente con otros gobiernos de otros departamentos de la mano con instituciones pertenecientes al campo de los servicios de cuidado, se puede mejorar la oferta de estos servicios públicos.
2. La importancia del cuidado para los actores políticos: Si bien los actores políticos son importantes para tomar una decisión crucial ante una política pública, se opina que es necesario, además, concientizarlos acerca de la relevancia del cuidado para la PAM. Solo

de esta forma, se podrá mejorar los servicios de cuidado para esta franja etaria.

3. Mejora presupuestaria: Vinculado a la pregunta 3, se dice que una mejora en la distribución de presupuestos para estos programas públicos podrá significar una mejora para los servicios públicos de cuidado en sí.

En la quinta y última pregunta se les cuestiona acerca de su conocimiento sobre la transición demográfica y la situación de respuesta que tiene el Estado peruano para favorecer a la PAM, ante tal fenómeno global.

Las tres respuestas nos desaniman a creer que exista alguna posibilidad de “buena” respuesta del Estado peruano en brindar servicios públicos de cuidado para la PAM ante la transición demográfica. Estas respuestas incluyen un tono dubitativo y hasta un tono negativo ante la capacidad que pueda tener el Estado peruano.

Para finalizar el cuestionario, se les dio un espacio para poder colocar alguna información relevante que les gustaría añadir.

Dentro de las respuestas se encuentran tres frases ya analizadas, “el fortalecimiento de los servicios públicos de cuidado”, “la concientización de la importancia de la vejez” y “la ruptura de estereotipos sociales”

Llama mucho la atención la última frase “Ruptura de estereotipos sociales” porque entendemos que, por la literatura expuesta, las mujeres tienen un papel protagónico en los servicios de cuidado, además de ello la familia conforma una base sustancial para la oferta de cuidados. Por consiguiente, es lógico pensar que al hablar de “estereotipos sociales” se nos venga a la mente ideas conservadoras y patriarcales del siglo pasado acerca de la familia y el suministro continuo y tan gratuito como invisible del cuidado por parte de las mujeres.

### 6.2.2 LA “FEMINIZACIÓN” DEL CUIDADO

La realización de este segundo cuestionario fue porque, como ya fue contextualizado por Marshall (1963) y Esping-Andersen (2000) acerca de las bases de un Estado de bienestar, las mujeres han tenido muy poca participación en ámbitos que no sean propios de índole doméstica o del cuidado mismo. Además de ello, las mujeres son las principales aportadoras a la oferta de servicios de cuidado gracias a una visión patriarcal

acerca de las nociones de la división de roles de género ocasionados por el estereotipo del siglo pasado basado en la analogía “hombre proveedor de ingresos” - “mujer cuidadora exclusivo del hogar”

Es por ello, que, si bien este tema puede ser utilizado como material para la realización de un trabajo académico por separado, las mujeres merecen una obligatoria referencia acerca de sus actividades en favor de los servicios de cuidado. Por este motivo es que se realizó la creación de este segundo cuestionario dirigido únicamente a *policymakers* del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, ya que son estas quienes deberían estar más familiarizadas con este contexto histórico y global acerca de la “feminización” del cuidado.

Se le envió el cuestionario a 13 *policymakers* dentro de los cuales solo hubo un retorno de 4 respuestas, es decir, hubo una devolución de 32,5% de los cuestionarios.

Al igual que el primer cuestionario y siguiendo las instrucciones de Babbie (1999), se les hizo una pregunta introductoria acerca de salvaguardar su anonimato.

Fue una gran sorpresa observar como el 100% de las respuestas resultaron en un “No, no quiero salvaguardar mi anonimato”. Aun así, y como fue hecho anteriormente, no se aportarán datos personales, sino que solo se revelara el cargo burocrático que ostentan.

La primera pregunta los interroga acerca de la existencia de una relación entre la caída de disponibilidad de las mujeres como cuidadoras familiares y la demanda de servicios de cuidados de la PAM peruana.

Todos concuerdan en que, si existe una relación entre estas dos variables, y consecuentemente se justifican afirmando que actualmente las mujeres ya no solo se dedican plenamente al rol de cuidadoras familiares o de “cuidadora exclusiva del hogar”, sino que ahora participan en otras actividades alejadas del cuidado como puede ser la inserción en el mercado laboral, campo predominantemente masculino.

La segunda pregunta los cuestiona sobre la continua vigencia de la perspectiva de la mujer como “exclusivas y naturales” proveedoras de cuidados

Como era previsto, las cuatro respuestas dieron una tajante confirmación acerca de la vigencia de esta idea acerca de las mujeres como “exclusivas y naturales” proveedoras de cuidados, inclusive una de ellas afirmó lo siguiente:

En tanto aún se mantienen presentes en la mayoría de la población, estereotipos de género, se sigue pensando que la mujer está mucho más calificada para proveer de cuidados a la familia, asignándole de manera exclusiva, y prioritaria, este rol tradicional en un modelo patriarcal de sociedad (II Directora a cargo de la Articulación con los Gobiernos Regionales y Locales acerca de la Transversalización del Enfoque de Género).

La tercera pregunta indaga acerca de los esfuerzos gubernamentales para ampliar la concientización sobre los roles de género impuestos en los servicios de cuidado

A pesar de que una de las respuestas ofrece una versión negativa acerca de la campaña de concientización sobre los roles de género debido a que su área a cargo no tiene atribuciones para realizar estas actividades, las otras tres respuestas afirman que, si existe un esfuerzo muy amplio, y colocado explícitamente en todos sus programas públicos del MIMP, para combatir contra este estereotipo de roles de género.

Teniendo una base similar a la primera pregunta, la cuarta pregunta los hace cuestionar a que, si es debido a la plena dedicación de las mujeres en el ámbito del cuidado, esto las restringe de acceder a otras áreas de participación apartadas del área de cuidados como puede ser el laboral, educativo, político, económico, cultural, entre otros.

Como era de esperarse, todas afirmaron que existe esta restricción de las mujeres para entrar en otros campos diferentes del cuidado y del hogar. Una de ellas afirmó lo siguiente:

Si, generan limitaciones y desigualdades en el acceso a los estudios, capacitación, perfeccionamiento, empleo, participación política etc. ya que estas tareas no son compartidas con otros miembros de la familia, colocando en segundo lugar sus aspiraciones y el ejercicio de sus derechos. Tanto la organización social del cuidado como las labores domésticas siguen siendo trabajos no remunerados llevados a cabo casi exclusivamente por mujeres. Esto representa barreras significativas para su incorporación y participación en la fuerza laboral, en igualdad de condiciones que los hombres (II Directora a cargo de la Articulación con los Gobiernos Regionales y Locales acerca de la Transversalización del Enfoque de Género).

Llama la atención cuando menciona que las mujeres tienen que renunciar a sus aspiraciones y metas para dedicarse plenamente a un trabajo no remunerado el cual es visto como una tarea “natural” de su género. Lo cual nos hace pensar acerca de la importancia que tienen las mujeres para los servicios de cuidado y a la vez la invisibilidad pública y política de esta cuestión, para la cual es necesario reformular las ideas culturales acerca de los roles de género.

La quinta pregunta las hace opinar acerca de la existencia de una crisis sistémica de cuidados.

Todas afirmaron que existe una crisis sistémica de cuidado debido a que:

1. A pesar del rol “natural” de las mujeres como proveedoras de cuidados, estas ya están comenzando a integrarse a áreas distintas del cuidado y de la labor doméstica. Afectando de esta forma a la oferta de cuidados existentes.
2. Gracias a la transición demográfica, la PAM peruana continúa creciendo. Por otro lado, el Estado peruano no está tomando acciones necesarias para poder ofrecer una calidad de vida aceptable para esta franja etaria, haciendo que la crisis sistémica del cuidado sea aún más problemática si es que el Estado no empieza a tomar seriedad en el asunto.

La sexta y última pregunta, de forma subjetiva, les interroga acerca del trato que reciben las mujeres en la sociedad peruana.

Todas las entrevistadas estuvieron de acuerdo con el trato desigual que reciben las mujeres peruanas. Una de ellas afirmó lo siguiente:

En la sociedad peruana existen desigualdades y estereotipos de género que aún persisten, no existe equidad en el acceso de las mujeres a los diversos servicios, ello debido a la participación desventajosa de la mujer en el mercado laboral, etc (II Directora a cargo de las Personas Adultas Mayores, de la Familia y la Comunidad).

Además de ello, las respuestas obtuvieron una variable en común, “las desigualdades de género”. Con esta similitud, se puede analizar que las mujeres peruanas, además de continuar siendo vistas como únicas y “naturales” proveedoras de cuidados y de labores domésticas, también son colocadas “jerárquicamente” por debajo de los hombres, siendo un elemento muy llamativo para la época actual en la que estas ideas arcaicas, ya debieran haber caducado.

Para finalizar, y al igual que el primer cuestionario, se les dio un espacio adicional en el cual puedan brindar alguna información extra que consideren relevante.

Las respuestas de los *policymakers* hicieron aún más énfasis en variables ya analizadas como son los roles de género y la lucha contra las jerarquías de poder relacionados a los estereotipos de género en el cual el hombre tiende a ser visto superiormente respecto de la mujer y desprovisto de responsabilidades directas de cuidados de los dependientes sean familiares o no.

## 7 CONCLUSIONES

Por cómo se le conoce al cuidado, popularmente, se le puede malinterpretar como apenas una labor doméstica o al hecho de velar por la salud de una persona dependiente. Sin embargo, como ya fue explicado, el cuidado incluye eso, pero también va mucho más allá.

De hecho, para el propio autor de esta investigación le fue complicado diferenciar al cuidado y la salud como dos variables distintas. Es más difícil aun cuando la literatura también nos ofrece esa perspectiva a simple vista, para la cual es necesaria entender el contexto en el cual está involucrado el cuidado.

Pasando por la creación del Estado de Bienestar, ideas “conservadoras” acerca de cómo está formada la sociedad - como la religión o el lazo de subordinación del “más fuerte” - y los roles de género, es imposible no tener una preconcepción de lo que es el cuidado y no integrarlo a una mera labor doméstica atribuida a la mujer. Inclusive es dentro de este tema ideológico que se puede hacer una investigación por separado, ya que el cuidado tiene mucha literatura feminista la cual, cualquiera se puede sentir sensiblemente identificado por querer lidiar con un tema que está en boca de todos pero que al mismo tiempo pasa desapercibido de todos.

El cuidado tiene un trasfondo histórico, representado por la transición demográfica que actúa como un “narrador de cuentos” donde nos cuenta cómo la sociedad estaba distribuida antes y después demográficamente. Y dentro de esta narrativa, nos aporta tanto las bases establecidas de la sociedad por ese entonces como las ideas que todavía persisten a día de hoy a pesar de haber evolucionado y adquirido nuevos conocimientos.

Sin embargo, por ser esa la intensidad de este problema se le puede catalogar como un problema público (Secchi, 2011) porque a la población en general le interesa y al mismo tiempo ocasiona una alteración del *status quo* de esa misma sociedad para la cual es necesaria la intervención del Estado y de sus *policymakers*.

Cuando se habla del cuidado, nos referimos a un tema social que fue originado durante la creación del Estado de Bienestar, a ser considerado a día de hoy como un problema público complejo de lidiar puesto que esta temática envuelve muchos factores, que cualquiera imaginaría, ajenos a esta misma, cómo puede ser el comportamiento

reproductivo, en especial la caída de la fecundidad, la economía, la cultura, la perspectiva de la sociedad acerca de los roles de género, entre otros.

A través de los cuestionarios realizados, contamos con poca recepción por parte del Estado para dar respuestas adecuadas frente a este problema que es estructural, social y político. Esto puede ser visto desde una perspectiva desinteresada por parte de los *policymakers* para enterarse que la población adulta mayor, actualmente, es la población que necesita urgentemente nuevas formas de cuidado, lo que provocará una reformulación de todo lo que se conoce como “cuidado” en el presente, la cual continúa estando fundamentada en bases de siglos pasados. La inestabilidad política que, a día de hoy, sigue presente en Perú, los coloca en un dilema respecto de la “exposición” que puede generar el brindar cualquier información.

Por si fuera poco, el contacto que se tiene con representantes de la administración pública deja mucho que desear por la forma opaca, es decir sin una transparencia adecuada, cuando se les hacen preguntas en base a programas y servicios públicos, es decir, que afectan a la población en general. Podríamos hasta hacer referencia a que, la falta de respuestas de algunos gestores frente a la demanda de esta investigación cuyo autor es un ciudadano peruano finalmente, sería considerado como una violación al derecho de la obtención de información establecido tanto por la Constitución como la Ley N° 27806, pero estando en una posición de investigador, no se puede indagar más allá de esos límites.

Con respecto a los programas del cuidado analizados existieron dificultades para interpretar esos datos, especialmente al momento de encontrar una fuente fidedigna. Ya que existen muchos *websites* que ofrecen datos, pero sin una fuente oficial. Al mismo tiempo hay contradicciones y alteraciones entre datos de diferentes fuentes, inclusive oficiales. Adicionalmente a ello, están las variables relacionadas con los programas públicos del cuidado, a modo de ejemplo, se puede desglosar aún más la informalidad laboral peruana y la Encuesta de Satisfacción del Usuario, expresada en los seguros de salud SIS y EsSalud. Sería interesante profundizar en futuras investigaciones sobre el impacto de los temas abordados aquí considerando las variables población rural y urbana con relación a su acceso a los servicios públicos de cuidado, expresado en los programas del MINEDU, aunque esto puede aplicarse a todos los programas mencionados; o considerando también un elemento en común, la indagación sobre la pobreza y pobreza extrema; entre otros.

Es por ello que invitó a otros investigadores con interés por esta temática a continuar más allá de lo conseguido en este trabajo investigativo. Ya que, como fue explicado en la Discusión de Resultados, este tema puede relacionarse con otros aspectos mencionados anteriormente por ser el cuidado un concepto multidimensional y en construcción epistemológica. E inclusive puede tomar tintes feministas haciendo énfasis en cómo las mujeres continúan siendo sometidas en el presente bajo estándares de una sociedad patriarcal, la cual ya no tendría lugar en nuestro siglo, puesto que mucho ha cambiado y deseablemente evolucionado.

Para finalizar, dejar claro que, así como fue analizado el panorama del cuidado y los adultos mayores, no olvidar la gran relevancia de esta temática ya que persiste a día de hoy y afecta, tanto a nosotros mismos como a nuestras personas más cercanas. En modo sombrío, recordemos que próximamente tanto el lector de este texto como el autor del mismo serán parte de esa nueva estadística o información para ser analizada por parte de otro investigador o, peor inclusive, serán parte de una población que actualmente, a pesar de todas las legislaciones y medidas sociales que existen para protegerlo y respetarlo, se la considera "olvidada".

## 8 BIBLIOGRAFÍA

ANDER-EGG, Ezequiel. **Diccionario del trabajo social**. 25º ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Brujas, 2009. Disponible en: <https://fundacion-rama.com/wp-content/uploads/2023/02/3074.-Diccionario-del-trabajo-social-%E2%80%93-Ander.pdf>. Acceso en: 04 octubre 2023.

ARGENTINA. Cámara Nacional Electoral. **Voto universal**. Un recorrido por la historia electoral argentina. 2023. Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/linea\\_de\\_tiempo\\_-\\_voto\\_universal.\\_un\\_recorrido\\_por\\_la\\_historia\\_electoral\\_argentina\\_-\\_texto\\_plano\\_2.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/linea_de_tiempo_-_voto_universal._un_recorrido_por_la_historia_electoral_argentina_-_texto_plano_2.pdf). Acceso en: 05 octubre 2023.

ARGENTINA. **Decreto Nº 1506**, de 28 de octubre de 2004. Prorrogase la Emergencia Ocupacional Nacional y la vigencia del Programa Jefes de Hogar. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Boletín Oficial de la República Argentina, 29 oct. 2004. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-1506-2004-100473>. Acceso en: 08 octubre 2023.

ARGENTINA. **Ley Nº 8871**, de 13 de febrero de 1912. Ley de Elecciones Nacionales. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Boletín Oficial de la República Argentina, 26 mar. 1912. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-8871-310143>. Acceso en: 05 octubre 2023.

ARGENTINA. **Ley Nº 26077**, de 22 de diciembre de 2005. Prorrogase la vigencia de la Ley Nº 25561 y sus modificatorias. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Boletín Oficial de la República Argentina, 10 ene. 2006. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26077-2005-112879>. Acceso en: 08 octubre 2023.

ARGENTINA. **Ley Nº 24714**, de 2 de octubre de 1996. Aprobación del nuevo régimen de Asignaciones Familiares. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Boletín Oficial de la República Argentina, 18 oct. 1996. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-24714-39880>. Acceso en: 07 octubre 2023.

ARGENTINA. **Ley Nº 13010**, de 9 de septiembre de 1947. Otorgamiento de Derechos Políticos a la Mujer (Argentina y Extranjera). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Boletín Oficial de la República Argentina, 27 sep. 1947. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-13010-47353>. Acceso en: 05 octubre 2023.

ARGENTINA. **Ley Nº 20744**, de 5 de septiembre de 1974. Régimen del Contrato de Trabajo. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Boletín Oficial de la República Argentina, 27 sep. 1974. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-20744-25552>. Acceso en: 07 octubre 2023.

ASOCIACIÓN DE ADMINISTRADORAS DE FONDOS PRIVADOS. **Estadísticas del Sistema de Pensiones 1993-2021**. Lima, 13 oct. 2021. Disponible en: [https://www.congreso.gob.pe/carpetatematica/2021/carpeta\\_090/?K=35272](https://www.congreso.gob.pe/carpetatematica/2021/carpeta_090/?K=35272). Acceso en: 14 septiembre 2023.

BABBIE, Earl. Conceituação e desenho de instrumentos. In: BABBIE, Earl. **Métodos de pesquisas de survey**. Belo Horizonte: UFMG, 1999. p. 179-211.

BABBIE, Earl. Pesquisa de survey como método das ciências sociais. In: BABBIE, Earl. **Métodos de pesquisas de survey**. Belo Horizonte: UFMG, 1999. p. 77-91.

BANCO CENTRAL DE RESERVA DEL PERÚ. **Ingreso promedio del sector formal privado**. Lima: Banco Central de Reserva del Perú, 2023. Disponible en: <https://estadisticas.bcrp.gob.pe/estadisticas/series/mensuales/resultados/PN37697PM/html>. Acceso en: 14 septiembre 2023.

BATTHYÁNY, Karina; GENTA, Natalia; PERROTTA, Valentina. El discurso experto sobre el cuidado desde una perspectiva de género: análisis comparativo entre el cuidado infantil y de adultos/as mayores en Uruguay. **Revista Austral de Ciencias Sociales**, Valdivia, n. 25, p. 23-46, 2013. Disponible en: <http://revistas.uach.cl/index.php/racs/article/view/919>. Acceso en: 20 julio 2023.

BATTHYÁNY, Karina. **Las políticas y el cuidado en América Latina: Una mirada a las experiencias regionales**. Santiago de Chile: CEPAL, 2015. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/37726-politicas-cuidado-america-latina-mirada-experiencias-regionales>. Acceso en: 05 abril 2023.

BRASIL. Câmara dos deputados. **Conheça a história do voto no Brasil**. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2008. Disponible en: <https://www.camara.leg.br/noticias/122465-conheca-a-historia-do-voto-no-brasil/>. Acceso en: 05 octubre 2023.

BRASIL. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil**. Promulgada em 18 de setembro de 1946. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 19 set. 1946. Disponible en: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao46.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao46.htm). Acceso en: 05 octubre 2023.

BRASIL. **Constituição Política do Império do Brasil**. Promulgada em de 25 de março de 1824. Rio de Janeiro: Coleção das Leis do Império do Brasil de 1824, 25 mar. 1824. Disponible en: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao24.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao24.htm). Acceso en: 05 octubre 2023.

BRASIL. **Lei Nº 8742**, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 08 dez. 1993. Disponible en: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8742compilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742compilado.htm). Acceso en: 08 octubre 2023.

BRASIL. **Lei Nº 14620**, de 13 de julho de 2023. Dispõe sobre o Programa Minha Casa Minha Vida. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 14 jul. 2023. Disponible en: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Ato2023-2026/2023/Lei/L14620.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2023-2026/2023/Lei/L14620.htm). Acceso en: 08 octubre 2023.

BRASIL. **Lei Nº 8213**, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios de Previdência Social e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 25 jul. 1991. Disponible en: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8213cons.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm). Acceso en: 07 octubre 2023.

BRASIL. **Lei Nº 14601**, de 19 de junho de 2023. Institui o Programa Bolsa Família. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 20 jun. 2023. Disponible en:

[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2023-2026/2023/lei/l14601.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2023-2026/2023/lei/l14601.htm). Acceso en: 08 octubre 2023.

BRASIL. **Lei Nº 4266**, de 3 de outubro de 1963. Institui o salário família do trabalhador. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 08 out. 1963. Disponible en: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l4266.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l4266.htm). Acceso en: 07 octubre 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional da Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Norma operacional Nº 001/2013**. Dispõe sobre a organização e funcionamento do Sistema CEP/CONEP, e sobre os procedimentos para submissão, avaliação e acompanhamento da pesquisa e de desenvolvimento envolvendo seres humanos no Brasil. Brasília, DF: Ministerio da Saúde, 2013. Disponible en: <https://cep.espm.edu.br/wp-content/uploads/CNS-Norma-Operacional-001.pdf>. Acceso en: 06 octubre 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional da Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução Nº 510**, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Brasília, DF: Ministerio da Saúde, 2016 Disponible en: <https://cep.espm.edu.br/wp-content/uploads/Resolucao-510.pdf>. Acceso en: 06 octubre 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional da Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução Nº 466**, de 12 de setembro de 2012. Aprovar as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministerio da Saúde, 2012. Disponible en: <https://cep.espm.edu.br/wp-content/uploads/Resolucao-466.pdf>. Acceso en: 06 octubre 2023.

CARRASCO, Cristina. La sostenibilidad de la vida humana ¿un asunto de mujeres?. **Utopías, Nuestra bandera**, Madrid, n. 195, p. 151-173, 2003. Disponible en: <https://2001-2018.pce.es/nuestrabandera/pl.php?id=195>. Acceso: 08 mayo 2023.

CEPAL. El mercado laboral y los cuidados. In: CEPAL, **La sociedad del cuidado: horizonte para una recuperación sostenible con igualdad de género**. Santiago de Chile: CEPAL, 2022. p. 93-132. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/48363-la-sociedad-cuidado-horizonte-recuperacion-sostenible-igualdad-genero>. Acceso en: 04 octubre 2023.

CEPAL. **La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe**. Santiago de Chile: CEPAL, 2018. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/40155-la-agenda-2030-objetivos-desarrollo-sostenible-oportunidad-america-latina-caribe>. Acceso en: 18 mayo 2023.

CEPAL. Los desafíos macroeconómicos y mundiales para una sociedad del cuidado. In: CEPAL, **La sociedad del cuidado: horizonte para una recuperación sostenible con igualdad de género**. Santiago de Chile: CEPAL, 2022. p. 133-160. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/48363-la-sociedad-cuidado-horizonte-recuperacion-sostenible-igualdad-genero>. Acceso en: 04 octubre 2023.

CEPAL. Vulnerabilidad social y sociodemográfica: Aproximaciones conceptuales, teóricas y empíricas. In: CEPAL. **Vulnerabilidad sociodemográfica: Viejos y nuevos riesgos para**

comunidades, hogares y personas. Santiago de Chile: CEPAL, 2002. p. 3-21. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/items/5acedc40-96e1-40bf-ab40-8e678bac5ba9>. Acceso en: 24 septiembre 2023.

CEPALSTAT. **Estadísticas e Índices Demográficos y Sociales**. Santiago de Chile: CEPAL, 2023. Disponible en: <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?theme=1&lang=es>. Acceso en: 02 mayo 2023.

CERRUTTI, Marcela; BINSTOCK, Georgina. Cambios en las familias latinoamericanas y demandas para la acción pública. In: RICO, María Nieves; VALERA, Carlos Maldonado. **Las familias latinoamericanas interrogadas: Hacia la articulación del diagnóstico, la legislación y las políticas**. Santiago de Chile: CEPAL, 2011, p. 43-50. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/82e42477-b567-4b7d-8f1c-8c44e95c569e/content>. Acceso en: 13 junio 2023.

COMISION ECONOMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. **Definición de algunos indicadores demográficos**. Santiago de Chile: CEPAL, 2012. Disponible en: [https://www.cepal.org/sites/default/files/def\\_ind.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/def_ind.pdf). Acceso en: 14 mayo 2023

CORAZAO, Valentín Paniagua. El derecho de sufragio en el Perú. **Elecciones**, Lima. v. 2, n. 2, p. 61-89, 2003. Disponible en: <https://revistas.onpe.gob.pe/index.php/elecciones/article/view/10/11>. Acceso en: 05 octubre 2023.

CORTE IDH. ABC Corte Interamericana de Derechos Humanos 2019: el cómo, cuándo, dónde y porqué de la corte interamericana de derechos humanos. **Corte IDH**, San José, p. 1-23. Disponible en: [https://www.corteidh.or.cr/sitios/libros/todos/docs/ABC\\_CorteIDH\\_2019.pdf](https://www.corteidh.or.cr/sitios/libros/todos/docs/ABC_CorteIDH_2019.pdf). Acceso en: 04 septiembre 2023.

DALY, Mary; LEÓN, Margarita. Care and the analysis of welfare states. In: NELSON, Kenneth; NIEUWENHUIS, Rense; YERKES, Mara. **Social Policy in Changing European Societies: Research Agendas for the 21st Century**. Cheltenham: Edward Elgar Publishing, 2022, p. 20-33. Disponible en: [https://books.google.com.br/books?id=kpr8EAAQBAJ&pg=PR5&hl=es&source=gbs\\_selected\\_pages&cad=1#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books?id=kpr8EAAQBAJ&pg=PR5&hl=es&source=gbs_selected_pages&cad=1#v=onepage&q&f=false). Acceso en: 24 mayo 2023.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. Riesgos sociales y Estados del Bienestar: La economía familiar. In: ESPING-ANDERSEN, Gosta. **Fundamentos sociales de las economías postindustriales**. Barcelona: Ariel, 2000. p. 49-100.

FERRO, Silvia Lilian. Crisis global de cuidados, migraciones transnacionales y remesas. **Cidades, comunidades e Territórios**, Brasil, n. 40, p. 88-102, 2020. Disponible en: <https://journals.openedition.org/cidades/2238>. Acceso en: 04 octubre 2023.

FERRO, Silvia Lilian. Direitos de quem cuida e redistribuição interpessoal e sistêmica das responsabilidades dos cuidados nos ordenamentos constitucionais e jurídicos em países latino-americanos. Estudo de caso MERCOSUL. Comunicação apresentada no **VIII Encontro de Antropologia do Direito**, Universidade de São Paulo: Núcleo de Antropologia do Direito (NADIR) 28-08 ao 01-09 de 2023. Disponible em: <https://www.enadir2023.sinteseeventos.com.br/arquivo/downloadpublic?q=YToyOntzOjY6I>

[nBhcmFtcyl7czozNToiYToxOntzOjEwOiJJRF9BUIFVSVZPIjtzOjQ6Ijc2NTYiO30iO3M6MT  
oiaC17czozMjoiZmQ3NDMxOWQ4Y2Q3OWY0NWYyM2FhZDg3YjA4NmVmYzQiO30%3D](https://seer.ufrgs.br/ConjunturaAustral/article/view/113760)  
. Acceso en: 31 agosto 2023.

FERRO, Silvia Lilian. Más allá de las políticas sociales ¿Hacia sistemas públicos de cuidados en el MERCOSUR?. **Conjuntura Austral**, Brasil, v. 12, n. 59, p. 89-105, 2021. Disponible en: <https://seer.ufrgs.br/ConjunturaAustral/article/view/113760>. Acceso en: 21 agosto 2023.

FREYRE VALLALOID, Mayela; LOPEZ MENDOZA, Edgardo. **Brechas de Género en el Uso del Tiempo**. Lima: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2011. Disponible en: <https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgignd/publicaciones/Brechas-de-genero-en-el-Uso-del-Tiempo.pdf>. Acceso en: 28 septiembre 2023.

GUIMARÃES, Nadya Araujo; HIRATA, Helena. Care Work: A Latin American Perspective. In: GUIMARÃES, Nadya Araujo; HIRATA, Helena. **Care and Care Workers: A Latin American Perspective**. Berlin: Springer, 2021. p. 1-24. Disponible en: [https://books.google.com.br/books?id=n9QREAAAQBAJ&printsec=copyright&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books?id=n9QREAAAQBAJ&printsec=copyright&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false). Acceso en: 07 octubre 2023.

HUENCHUAN, Sandra. Transformaciones futuras y demandas futuras en salud y cuidados. In: HUENCHUAN, Sandra. **La protección de la salud en el marco de la dinámica demográfica y los derechos**. Santiago de Chile: CEPAL, 2011. p. 33-62. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/items/53285e5e-9574-4af9-92ee-f83932a91e5c>. Acceso en: 31 julio 2023.

HUENCHUAN, Sandra. Cambio demográfico, disparidades y convergencias regionales. In: HUENCHUAN, Sandra. **Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: Perspectiva regional y de derechos humanos**. Santiago de Chile: CEPAL, 2018. p. 19-48. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/44369-envejecimiento-personas-mayores-agenda-2030-desarrollo-sostenible-perspectiva>. Acceso en 20 noviembre 2023.

INEI. Características de la emigración internacional peruana. In: INEI. **Perú: Estadísticas de la Emigración Internacional de Peruanos e Inmigración de Extranjeros, 1999 - 2018**. Lima: INEI, 2020, p. 21-48. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1749/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1749/libro.pdf). Acceso en: 05 octubre 2023.

INEI. Características de la Población. In: INEI. **Perú: Perfil sociodemográfico, 2017**. Lima: INEI, 2017, p. 13-94. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1539/](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1539/). Acceso en: 17 septiembre 2023.

INEI. Definiciones y Conceptos. In: INEI. **Perú: Participación de la Población Económicamente Activa, 2017**. Lima: INEI, 2019. p. 147-149. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1676/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1676/libro.pdf). Acceso en: 20 septiembre 2023.

INEI. **Encuesta Nacional de Hogares 2022**. Lima: INEI, 2022. Disponible en: <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/encuesta-nacional-de-hogares-enaho-2022->

[instituto-nacional-de-estad%C3%ADstica-e-inform%C3%A1tica-%E2%80%9393](#). Acceso en: 11 septiembre 2023.

INEI. **Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud 2014**. Lima: INEI, 2014. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1192/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1192/libro.pdf). Acceso en: 11 septiembre 2023.

INEI. **En el Perú existen más de cuatro millones de adultos mayores**. Lima: INEI, 2020. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-existen-mas-de-cuatro-millones-de-adultos-mayores-12356/>. Acceso en: 09 septiembre 2023.

INEI. **Esperanza de vida de población peruana aumentó en 15 años en las últimas cuatro décadas**. Lima: INEI, 2015. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/esperanza-de-vida-de-poblacion-peruana-aumento-en-15-anos-en-las-ultimas-cuatro-decadas-8723/#:~:text=Indic%C3%B3%20que%20uno%20de%20los,defunciones%20por%20cada%20mil%20habitantes>. Acceso en: 01 julio 2023

INEI. Evolución de las Líneas de Pobreza. In: INEI. **Evolución de la Pobreza Monetaria 2011-2022**. Lima: INEI, 2022. p. 47-59. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/pobreza2022/Pobreza2022.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/pobreza2022/Pobreza2022.pdf). Acceso en: 22 septiembre 2023.

INEI. La mortalidad en el país. In: INEI. **Situación y perspectivas de la mortalidad pre-covid 19, por sexo y grupos de edad, nacional y departamental 1995-2030**. Lima: INEI, 2022. p. 19-30. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1853/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1853/libro.pdf). Acceso en: 04 octubre 2023.

INEI. **Más de 4 millones 500 mil adultos mayores conmemoran su día este 26 de agosto**. Lima: INEI, 2023. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inei/noticias/824582-mas-de-4-millones-500-mil-adultos-mayores-conmemoran-su-dia-este-26-de-agosto>. Acceso en: 08 septiembre 2023.

INEI. **Población peruana alcanzó los 33 millones 726 mil personas en el año 2023**. Lima: INEI, 2023. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inei/noticias/795336-poblacion-peruana-alcanzo-los-33-millones-726-mil-personas-en-el-ano-2023>. Acceso en: 08 septiembre 2023.

INEI. Reducir la mortalidad de niños y niñas menores de 5 años de edad. In: INEI. **Perú: Evolución de los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio al 2014**. Lima: INEI, 2014. p. 205-219. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1147/Libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1147/Libro.pdf). Acceso en: 05 agosto 2023.

INEI. **Situación de la Población Adulta Mayor**. Lima: INEI, 2023. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/boletines/ninez-y-adulto-mayor/1/#lista>. Acceso en: 10 septiembre 2023.

INEI. Tasa de analfabetismo. In: INEI: **Indicadores de Educación por Departamentos, 2008-2018**. Lima: INEI, 2019. p. 131-140. Disponible en:

[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1680/](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1680/).

Acceso en: 14 octubre 2023.

INEI. Transición demográfica en Perú. In: INEI. **Perú: Estado de la Población en el año del Bicentenario, 2021**. Lima: INEI, 2021. p. 43-47. Disponible en:

[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1803/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1803/libro.pdf). Acceso en: 30 junio 2023.

LEE, Ronald. The Demographic Transition: Three Centuries of Fundamental Change.

**American Economic Association**, Tennessee, v. 17, n. 4, p. 167-187, 2003. Disponible en: <https://www.aeaweb.org/articles?id=10.1257/089533003772034943>. Acceso en: 04 mayo 2023.

MARQUES, Teresa Cristina de Novaes. A primeira deputada. In: MARQUES, Teresa Cristina de Novaes. **O voto feminino no Brasil**. 2ª ed. Brasília: Câmara dos Deputados, 2019. p. 115-124. Disponible en: <https://www.camara.leg.br/midias/file/2020/11/voto-feminino-brasil-2ed-marques.pdf>. Acceso en: 05 octubre 2023.

MARQUES, Teresa Cristina de Novaes. Enfim, eleitoras. In: MARQUES, Teresa Cristina de Novaes. **O voto feminino no Brasil**. 2ª ed. Brasília: Câmara dos Deputados, 2019. p. 105-114. Disponible en: <https://www.camara.leg.br/midias/file/2020/11/voto-feminino-brasil-2ed-marques.pdf>. Acceso en: 05 octubre 2023.

MARSHALL, Thomas. Cidadania e classe social. In: MARSHALL, Thomas. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1963, p. 57-114. Disponible en: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/999642/mod\\_resource/content/1/MARSHALL%20%20T.%20H.%20Cidadania-Classe-Social-e-Status.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/999642/mod_resource/content/1/MARSHALL%20%20T.%20H.%20Cidadania-Classe-Social-e-Status.pdf). Acceso en: 20 julho 2023.

MARTÍNEZ, Ciro. Dinámica demográfica del Perú en el contexto de América Latina. In: MARTÍNEZ, Ciro. **El bono demográfico regional en el Perú**. 1ª ed. Lima: UNFPA, 2012. p. 12-21. Disponible en: [https://www.sdgfund.org/es/el-bono-demogr%C3%A1fico-regional-en-el-per%C3%BA#:~:text=El%20bono%20demogr%C3%A1fico%20se%20refiere,\(15%20a%2059%20a%C3%B1os\)..](https://www.sdgfund.org/es/el-bono-demogr%C3%A1fico-regional-en-el-per%C3%BA#:~:text=El%20bono%20demogr%C3%A1fico%20se%20refiere,(15%20a%2059%20a%C3%B1os)..) Acceso en: 05 julio 2023.

MARTÍNEZ HERRERO, María José. El estado de bienestar y los permisos para el cuidado de la infancia en la Comunidad Autónoma del País Vasco. **Ekonomiaz**, Gobierno Vasco, n. 91, p. 248-277, 2017. Disponible en: <https://addi.ehu.es/handle/10810/23271>. Acceso en: 18 mayo 2023.

MAZZA, Alexandre. Noções gerais. In: MAZZA, Alexandre. **Manual de Direito Administrativo**. 4ª ed. São Paulo: Saraiva, 2014. p. 37-80.

MONTOYA, Gloria; ZAPATA, Cecilia; CARDONA; Bertha. **Diccionario especializado de trabajo social**. 1ª ed. Medellín: Universidad de Antioquia, 2002. Disponible en: <https://www.worldcat.org/es/title/Diccionario-especializado-de-trabajo-social/oclc/644735646>. Acceso en: 04 octubre 2023.

NACIONES UNIDAS PERÚ. Avances del país hacia la consecución de la Agenda 2030. In: NACIONES UNIDAS PERÚ. **Marco de Cooperación para el Desarrollo Sostenible 2022-2026**. Lima: Naciones Unidas Perú, 2021. p. 23-47. Disponible en:

<https://peru.un.org/es/143284-marco-de-cooperaci%C3%B3n-para-el-desarrollo-sostenible-2022-2026>. Acceso en: 12 mayo 2023.

NACIONES UNIDAS PERÚ. Matriz de Resultados. In: NACIONES UNIDAS PERÚ. **Marco de Cooperación de las Naciones Unidas para el Desarrollo en el Perú: 2017-2021**. 1º ed. Lima: Naciones Unidas Perú, 2017. p. 67-74. Disponible en:

<https://peru.un.org/es/48770-marco-de-cooperaci%C3%B3n-de-las-naciones-unidas-para-el-desarrollo-en-el-per%C3%BA-2017-2021>. Acceso en: 12 mayo 2023.

NOGUEIRA ALCALÁ, Humberto. La tipología de gobiernos presidencialistas de América Latina y gobiernos semipresidencialistas en Europa. **Estudios Constitucionales**, Santiago de Chile, n. 2, p. 15-82, 2017. Disponible en:

<https://scielo.conicyt.cl/pdf/estconst/v15n2/0718-5200-estconst-15-02-00015.pdf>. Acceso en: 16 agosto 2023.

OLIVER-SMITH, Anthony. Perú, 31 de mayo de 1970: Quinientos años de desastre. **Desastres y sociedad**, Ciudad de Panamá, n. 2, p. 2-11, Enero-Julio 1994. Disponible en: <https://www.desenredando.org/public/revistas/dys/rdys02/dys2-1.0-nov-19-2001-PMQAD.pdf>. Acceso en: 04 octubre 2023.

ORGANISMO DE LOS ESTADOS AMERICANOS. **Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José)**. Washington: Organismo de los Estados Americanos, 7 al 22 noviembre 1969. Disponible en:

[http://www.oas.org/dil/esp/tratados\\_B-32\\_Convencion\\_Americana\\_sobre\\_Derechos\\_Humanos.htm](http://www.oas.org/dil/esp/tratados_B-32_Convencion_Americana_sobre_Derechos_Humanos.htm). Acceso en: 31 agosto 2023.

ORGANISMO DE LOS ESTADOS AMERICANOS. **Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad**. Washington: Organismo de los Estados Americanos, 7 junio 1999. Disponible en:

<https://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/discapacidadrat.asp>. Acceso en: 27 septiembre 2023.

ORGANISMO DE LOS ESTADOS AMERICANOS. **Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores**. Washington: Organismo de los Estados Americanos, 15 junio 2015. Disponible en:

[https://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados\\_multilaterales\\_interamericanos\\_A-70\\_derechos\\_humanos\\_personas\\_mayores\\_firmas.asp](https://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores_firmas.asp). Acceso en: 27 septiembre 2023.

PAUTASSI, Laura; ZIBECCHI, Carla. Tensiones en los programas de transferencias condicionadas de ingresos en la Argentina. ¿Quién pensó en el cuidado?. In: RICO, María Nieves; VALERA, Carlos Maldonado. **Las familias latinoamericanas interrogadas: Hacia la articulación del diagnóstico, la legislación y las políticas**. Santiago de Chile: CEPAL, 2011, p. 153-162. Disponible en:

<https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/82e42477-b567-4b7d-8f1c-8c44e95c569e/content>. Acceso en: 13 junio 2023.

PÉREZ BRIGNOLI, Héctor. **América Latina en la transición demográfica 1800-2050**. 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo, 2022. Disponible en:

<https://www.teseopress.com/americalatinaenlatransiciondemografica/>. Acceso en: 13 marzo 2023.

PERÚ. **Constitución Política del Perú de 1933**. Promulgada el 9 de abril de 1933. Lima: Diario Oficial El Peruano, 9 abr. 1933 Disponible en: <https://www4.congreso.gob.pe/dgp/constitucion/constituciones/Constitucion-1933.pdf>. Acceso en: 05 octubre 2023.

PERÚ. **Constitución Política del Perú de 1993**. Promulgada el 29 de diciembre de 1993. Lima: Diario Oficial El Peruano, 30 dic. 1993. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/presidencia/informes-publicaciones/196158-constitucion-politica-del-peru>. Acceso en: 31 agosto 2023.

PERÚ. **Decreto Legislativo N° 1417**, de 12 de setiembre de 2018. Decreto legislativo que promueve la inclusión de las personas con discapacidad. Lima: Diario Oficial El Peruano, 13 set. 2018. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/conadis/normas-legales/258341-1417>. Acceso en: 07 setiembre 2023.

PERÚ. **Decreto Legislativo N° 1384**, de 3 de setiembre de 2018. Decreto Legislativo que reconoce y regula la capacidad jurídica de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones. Lima: Diario Oficial El Peruano, 4 set. 2018. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minjus/normas-legales/190877-1384>. Acceso en: 07 setiembre 2023.

PERÚ. **Decreto Ley N° 19990**, de 24 de abril de 1973. Creación del Sistema Nacional de Pensiones. Lima: Diario Oficial El Peruano, 30 abr. 1973. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/251495/226861\\_file20181218-16260-fwxijt.pdf?v=1673540786](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/251495/226861_file20181218-16260-fwxijt.pdf?v=1673540786). Acceso en: 08 setiembre 2023.

PERÚ. **Decreto Supremo N° 062-2005-PCM**, de 8 de agosto de 2005. Modifica el Decreto Supremo N° 032-2005-PCM mediante el cual se creó el Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres que se denominará "JUNTOS". Lima: Diario Oficial El Peruano, 9 ago. 2005. Disponible en: [https://www4.congreso.gob.pe/historico/cip/temas/programa\\_juntos/documentos/DSN062-2005-PCM.pdf](https://www4.congreso.gob.pe/historico/cip/temas/programa_juntos/documentos/DSN062-2005-PCM.pdf). Acceso en: 08 octubre 2023.

PERÚ. **Decreto Supremo N° 081-2011-PCM**, de 19 de octubre de 2011. Decreto Supremo que crea el Programa Social denominado Programa Nacional de Asistencia Solidaria "Pensión 65". Lima: Diario Oficial El Peruano, 19 oct. 2011. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/midis/normas-legales/9822-081-2011-pcm>. Acceso en: 08 octubre 2023.

PERÚ. **Ley N° 29973**, de 13 de diciembre de 2012. Ley General de la Persona con Discapacidad. Lima: Diario Oficial El Peruano, 24 dic. 2012. Disponible en: <https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/29973.pdf>. Acceso en: 09 setiembre 2023.

PERÚ. **Ley N° 30490**, de 30 de junio de 2016. Ley de la Persona Adulta Mayor. Lima: Diario Oficial El Peruano, 21 jul. 2016. Disponible en: <https://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/30490.pdf>. Acceso en: 07 setiembre 2023.

PERÚ. **Ley N° 27806**, de 13 de julio de 2002. Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Lima: Diario Oficial El Peruano, 3 ago. 2002. Disponible en:

<https://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/27806.pdf>. Acceso en: 06 octubre 2023.

PERÚ. **Ley Nº 30807**, de 4 de julio de 2018. Ley que modifica la Ley 29409, Ley que concede el derecho de licencia por paternidad a los trabajadores de la actividad pública y privada. Lima: Diario Oficial El Peruano, 5 jul. 2018. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/mtpe/normas-legales/266066-30807>. Acceso en: 07 octubre 2023.

PERÚ. **Ley Nº 30367**, de 24 de noviembre de 2015. Ley que protege a la madre trabajadora contra el despido arbitrario y prolonga su periodo de descanso. Lima: Diario Oficial El Peruano, 25 nov. 2015. Disponible en: <https://elperuano.pe/normaselperuano/2015/11/25/1315977-1.html>. Acceso en: 07 octubre 2023.

PERÚ. **Ley Nº 12391**, de 7 de setiembre de 1955. Sustituyendo los artículos 84º, 86º y 88º de la Constitución del Estado, para conceder la ciudadanía a la mujer. Lima: Diario Oficial El Peruano, 7 set. 1955. Disponible en: <https://docs.peru.justia.com/federales/leyes/12391-sep-7-1955.pdf>. Acceso en: 05 octubre 2023.

PERÚ. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. **Estamos Contigo 2023:** Intervenciones focalizadas en territorio y Contigo virtual. Lima: Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, 2023. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4698713/Anexo1-RDE-042-2023.pdf?v=1686950330>. Acceso en: 10 septiembre 2023.

PERÚ. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. **Estudio cualitativo exploratorio de la implementación de los servicios que brinda la Red Amachay.** Lima: Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, 2023. Disponible en: <https://evidencia.midis.gob.pe/amachay-dp/>. Acceso en: 08 septiembre 2023.

PERÚ. Ministerio de Educación. **Dos abuelitas demuestran que nunca es tarde para estudiar.** Lima: Ministerio de Educación, 2023. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minedu/noticias/823610-dos-abuelitas-demuestran-que-nunca-es-tarde-para-estudiar>. Acceso en: 12 septiembre 2023.

PERÚ. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. **Boletín Estadístico Mensual INABIF Agosto 2023.** Lima: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2023. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5127651/Bolet%C3%ADn%20Agosto%2023.pdf?v=1694652953>. Acceso en: 13 septiembre 2023.

PERÚ. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. **Portal Estadístico Programa Nacional Aurora.** Lima: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2023. Disponible en: <https://portalestadistico.aurora.gob.pe/>. Acceso en: 13 septiembre 2023.

PERÚ. Ministerio de Salud. **DataSet de Fallecidos por COVID-19.** Lima: Ministerio de Salud, 2023. Disponible en: <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/fallecidos-por-covid-19-ministerio-de-salud-minsa/resource/4b7636f3-5f0c-4404-8526>. Acceso en: 04 octubre 2023.

PERÚ. Ministerio de Salud. **Resolución Ministerial N° 789-2023-MINSA**, de 18 de agosto de 2003. Aprobar la NTS N° 203-MINSA/DGIESP-2023, Norma Técnica de Salud para el Cuidado Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. Lima: Diario Oficial El Peruano, 18 ago. 2003. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/4557563-789-2023-minsa>. Acceso en: 08 septiembre 2023.

PERÚ. Ministerio del Ambiente. **Perú 2030: La visión del Perú que queremos**. Lima: Repositorio Digital del Ministerio del Ambiente, 2016. Disponible en: <https://repositoriodigital.minam.gob.pe/handle/123456789/431>. Acceso en: 02 mayo 2023.

PERÚ. **Organigrama del Poder Ejecutivo**, de 15 de mayo de 2021. Orden del Poder Ejecutivo del Estado Peruano a través de los Decretos Supremos N° 097-2021-PCM y N° 098-2021-PCM. Lima: Diario Oficial El Peruano, 15 may. 2021. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/pcm/informes-publicaciones/2718155-organigrama-del-poder-ejecutivo>. Acceso en: 08 septiembre 2023.

PERÚ. **Resolución de Dirección Ejecutiva D000042-2023-PENSION65-DE**, de 15 de febrero de 2003. Aprobar la Relación Bimestral de Usuarios del Programa Nacional de Asistencia Solidaria "Pensión 65" y la autorización de la subvención económica adicional a razón de S/. 50.00. Lima: Diario Oficial El Peruano, 15 feb. 2023. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/pension65/normas-legales/3904920-d000042-2023-midis-p65-de>. Acceso en: 08 septiembre 2023.

PIZARRO, Jorge Martínez. Debates sobre las nuevas tendencias de la migración internacional y los enfoques para comprenderlas. In: PIZARRO, Jorge Martínez. **Migración internacional en América Latina y el Caribe**: Nuevas tendencias, nuevos enfoques. Santiago de Chile: CEPAL, 2011, p. 420-430. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/35288-migracion-internacional-america-latina-caribe-nuevas-tendencias-nuevos-enfoques>. Acceso en: 05 octubre 2023.

PIZARRO, Jorge Martínez. Panorama migratorio en España, Ecuador y Colombia a partir de las estadísticas locales. In: PIZARRO, Jorge Martínez. **Migración internacional en América Latina y el Caribe**: Nuevas tendencias, nuevos enfoques. Santiago de Chile: CEPAL, 2011, p. 27-98. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/35288-migracion-internacional-america-latina-caribe-nuevas-tendencias-nuevos-enfoques>. Acceso en: 05 octubre 2023.

POPPER, Karl. El sistema jurídico y social. In: POPPER, Karl. **La sociedad abierta y sus enemigos**. Zaragoza: Titivillus, 1945, p. 280-294. Disponible en: <https://proletarios.org/books/Popper-La-sociedad-abierta-y-sus-enemigos.pdf>. Acceso en: 10 julio 2023.

RAZAVI, Shahra. Welfare Regimes and Care Regimes. In: RAZAVI, Shahra. **The political and Social Economy of Care in a Development Context**: Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options. Switzerland: United Nations, 2007, p. 17-27. Disponible en: <https://cdn.unrisd.org/assets/library/papers/pdf-files/razavi-paper.pdf>. Acceso en: 21 agosto 2023.

RICO, María Nieves. Crisis del cuidado y políticas públicas: el momento es ahora. In: RICO, María Nieves; VALERA, Carlos Maldonado. **Las familias latinoamericanas**

**interrogadas:** Hacia la articulación del diagnóstico, la legislación y las políticas. Santiago de Chile: CEPAL, 2011, p. 107-120. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/82e42477-b567-4b7d-8f1c-8c44e95c569e/content>. Acceso en: 13 junio 2023.

RICO, María Nieves; VALERA, Carlos Maldonado. ¿Que muestra la evolución de hogares sobre la evolución de las familias en América Latina? In: RICO, María Nieves; VALERA, Carlos Maldonado. **Las familias latinoamericanas interrogadas:** Hacia la articulación del diagnóstico, la legislación y las políticas. Santiago de Chile: CEPAL, 2011, p. 25-41. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/82e42477-b567-4b7d-8f1c-8c44e95c569e/content>. Acceso en: 13 junio 2023.

RODRIGUEZ ENRIQUEZ, Corina. **Programas de transferencias condicionadas de ingreso e igualdad de género ¿Por dónde anda América Latina?**. Santiago de Chile: CEPAL, 2011. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/items/f3a0130b-8024-4513-b951-f52a4385ef16>. Acceso en: 08 octubre 2023.

ROSSEL, Cecilia. **Desafíos demográficos para la organización social del cuidado y las políticas públicas.** Santiago de Chile: CEPAL, 2016. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/items/59ee958d-3645-4855-81d4-cafe441f0355>. Acceso en: 30 marzo 2023.

RUDGE, Mariana. El envejecimiento y los objetivos del desarrollo sostenible: Mensajes clave para garantizar políticas que incluyan la edad. **Helpage**, Reino Unido, p. 1-16, 2020. Disponible en: <https://www.helpage.org/silo/files/el-envejecimiento-y-los-objetivos-del-desarrollo-sostenible-mensajes-clave-para-garantizar-politicas-que-incluyan-la-edad.pdf>. Acceso en: 04 mayo 2023.

SAAD, Paulo; MILLER, Tim; MARTÍNEZ, Ciro; HOLZ, Mauricio. La juventud en el contexto iberoamericano. In: SAAD, Paulo; MILLER, Tim; MARTÍNEZ, Ciro; HOLZ, Mauricio. **Juventud y bono demográfico en Iberoamérica**, Santiago de Chile: CEPAL, 2012. p. 21-40. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/items/9aacb883-4ccb-49d9-a08c-3ec4896f9f9e>. Acceso en: 07 julio 2023.

SECCHI, Leonardo. Introdução: percebendo as políticas públicas. In: SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas:** Conceitos, Esquemas de Análise, Casos Práticos. 1ª edição. Brasil: Cengage Learning, 2011, p. 1-13.

SECCHI, Leonardo. Tipos de política pública. In: SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas:** Conceitos, Esquemas de Análise, Casos Práticos. 1ª edição. Brasil: Cengage Learning, 2011, p. 15-30.

SUBIRATS, Joan; KNOEPFEL, Meter; LARRUE, Corinne; VARONE, Frédéric. Las políticas públicas. In: SUBIRATS, Joan; KNOEPFEL, Meter; LARRUE, Corinne; VARONE. **Análisis y Gestión de Políticas Públicas.** Barcelona: Ariel, 2008. p. 35-50.

TURRA, Cassio M.; FERNANDES, Fernando. La transición demográfica en la región de América Latina y el Caribe. In: TURRA, Cassio M.; FERNANDES, Fernando. **La transición demográfica:** oportunidades y desafíos en la senda hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: CEPAL, 2021. p. 7-26. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/46805-la>

[transicion-demografica-oportunidades-desafios-la-senda-logro-objetivos](#). Acceso en: 17 marzo 2023.

UNDESA. **International Migrant Stock 2020**. New York: UNDESA, 2023. Disponible en: <https://www.un.org/development/desa/pd/content/international-migrant-stock>. Acceso en: 05 octubre 2023.

UNDESA. **World Population Prospects 2022**. New York: UNDESA, 2023. Disponible en: <https://population.un.org/wpp/>. Acceso en: 05 mayo 2023.

URUGUAY. **Ley N° 19353**, de 27 de noviembre de 2015. Creacion del Sistema Nacional Integrado de Cuidados. Montevideo: Centro de Información Oficial, 08 dic. 2015. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19353-2015>. Acceso en: 07 octubre 2023.

URUGUAY. Ministerio de Desarrollo Social. **Plan Nacional de Cuidados 2021-2025**. Montevideo: Ministerio de Desarrollo Social, 2021. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/plan-nacional-cuidados-2021-2025>. Acceso en: 07 octubre 2023.

UTHOFF, Andras; VERA, Cecilia; RUEDI, Nora. Dinámica demográfica y del mercado de trabajo e indicador de dependencia formal. In: UTHOFF, Andras; VERA, Cecilia; RUEDI, Nora. **Relación de dependencia del trabajo formal y brechas de protección social en América Latina y el Caribe**. Santiago de Chile: CEPAL, 2006. p. 9-16. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/items/d1ba9ca1-635e-4400-b6c9-0ddd2f5fd0bc>. Acceso: 15 octubre 2023.

## ANEXOS

## ANEXO A – CUESTIONARIO SOBRE SERVICIOS PÚBLICOS PARA LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR

## Cuestionario sobre servicios públicos para la población adulta mayor

Me llamo Diego Anthony Alarcon Ferrua y estoy realizando mi trabajo final de curso (TCC) para así graduarme en la Carrera de Administración Pública y Políticas Públicas que curso en la Universidad Federal de la Integración Latino-Americana (UNILA, Foz de Iguazu - Paraná - Brasil). El objetivo de mi trabajo es analizar la capacidad y disponibilidad de los servicios públicos en la población adulta mayor (PAM) peruana. Por ello, este cuestionario esta **orientado exclusivamente a fines académicos**.

Si así lo prefiriera, se garantiza el anonimato de sus respuestas.

Se agradecería si usted pudiese **brindar una respuesta lo mas completa posible**, ya que estaría contribuyendo con esta etapa decisiva para mi graduación como Administrador Público y Analista de Políticas Públicas, siendo un participante ideal para contribuir con la formación de nuevos y nuevas profesionales en el campo de la Administración Pública que pueden elevar las expectativas y capacidades analíticas del talento peruano.

Para mayor información puede contactar a mi teléfono personal: +55 45 991070909

\*Indica que la pregunta es obligatoria

¿Prefiere responder en anonimato? (Marcar la opcion preferida) \*

Si

Entiendo su posición al querer resguardar su anonimato y no deseo incomodarle. De igual manera, le agradezco el valioso tiempo que le ha dedicado para responder este cuestionario. Sera de una gran utilidad.

No

En caso de que haya preferido no guardar su anonimato, le solicitaría que brinde alguna información personal para poder ser incluido en el trabajo académico ofreciéndole los debidos créditos por su colaboración. Igualmente, le agradezco el valioso tiempo que le ha dedicado para responder este cuestionario. Sera de una gran utilidad.

---

---

---

---

---

1. Los programas y políticas públicas que existen actualmente, en su opinión calificada: ¿son suficientes para responder a la demanda actual de servicios públicos en la población adulta mayor del país? \*

---

---

---

---

---

2. Según el tipo de prestaciones que el programa a su cargo brinda, ¿Considera \*  
Usted que sean adecuados y ayuden a la población adulta mayor peruana?

---

---

---

---

---

3. En su opinión, ¿considera Usted que el presupuesto asignado a los programas y políticas públicas para la población adulta mayor es el suficiente y necesario? \*

---

---

---

---

---

4. ¿Cómo considera Usted que el Estado peruano puede mejorar la oferta de servicios públicos para la población adulta mayor? \*

---

---

---

---

---

5. Debido a las proyecciones para el año 2050 y a la constante progresión del envejecimiento, ¿Esta preparado el Estado peruano para afrontar la creciente población adulta mayor en el futuro inmediato? \*

---

---

---

---

---

¿Desea adicionar alguna informacion que considere relevante?

---

---

---

---

---

---

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

## ANEXO B – CUESTIONARIO SOBRE LA PARTICIPACIÓN FEMENINA EN EL CUIDADO

### Cuestionario sobre la participación femenina en el cuidado

Me llamo Diego Anthony Alarcon Ferrua y estoy realizando mi trabajo final de curso (TCC) para así graduarme en la Carrera de Administración Pública y Políticas Públicas que curso en la Universidad Federal de la Integración Latino-Americana (UNILA, Foz de Iguazu - Paraná - Brasil). El objetivo de mi trabajo es analizar la participación femenina en el cuidado hacia la población adulta mayor (PAM), sea en ámbitos familiares, estatales o de la sociedad civil.

Este cuestionario esta **orientado exclusivamente a fines académicos**. Si así lo prefiriera, se garantiza el anonimato de sus respuestas.

Agradecería si usted pudiese **brindar una respuesta lo mas completa posible** y hasta el 19 de septiembre, ya que estaría contribuyendo con esta etapa decisiva para mi graduación como Administrador Público y Analista de Políticas Públicas, siendo un/a participante ideal para contribuir con la formación de profesionales en el campo de la Administración Pública, elevando las expectativas y capacidades analíticas del talento peruano.

Para mayor información puede contactar a mi teléfono personal: +55 45 991070909

**\*Indica que la pregunta es obligatoria**

¿Prefiere responder en anonimato? (Marcar la opcion preferida) \*

Si

Entiendo su posición al querer resguardar su anonimato y no deseo incomodarle. De igual manera, le agradezco el valioso tiempo que le ha dedicado para responder este cuestionario. Sera de una gran utilidad.

No

En caso de que haya preferido no guardar su anonimato, le solicitaría que brinde alguna información personal para poder ser incluido en el trabajo académico ofreciéndole los debidos créditos por su colaboración. Igualmente, le agradezco el valioso tiempo que le ha dedicado para responder este cuestionario. Sera de una gran utilidad.

---



---



---



---



---

1. ¿Usted considera que hay una relación entre la caída de disponibilidad de las \*  
mujeres como cuidadoras familiares y la demanda de servicios públicos de  
cuidados desde la población adulta mayor?

---

---

---

---

---

2. ¿Usted cree que las mujeres continúan siendo vistas como "naturales" y \*  
exclusivas proveedoras de cuidados?

---

---

---

---

---

3. A pesar de la feminización de la pobreza, se sigue pretendiendo que el \*  
binario "hombre proveedor de ingresos" - "mujer cuidadora exclusiva del hogar"  
moldea nuestra organización social. El área a su cargo, ¿trabaja con campañas  
de concientización para reflexionar sobre los roles de género en los servicios de  
cuidado?

---

---

---

---

---

4. ¿Considera que la desigual atribución de las tareas de cuidado mayormente \*  
sobre los tiempos y energías de las mujeres, las restringe en su participación  
plena en ámbitos educativos, políticos, económicos, culturales, etc?

---

---

---

---

---

5. En vista del avance del envejecimiento y de la caída continua de la \*  
fecundidad que nos muestran las estadísticas, ¿Considera usted que existe una  
crisis sistémica de cuidados?

---

---

---

---

---

6. En su experiencia, ¿Como usted describiría al trato que se les da a las \*  
mujeres en la sociedad peruana?

---

---

---

---

---

¿Desea adicionar alguna informacion que considere relevante?

---

---

---

---

---

---

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios