

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES



**Análisis de contraste de las nociones de “bienestar” entre
políticas sociales, servicios públicos y población adulto mayor
en el Perú**

Tesis para optar el Título de Licenciatura en Sociología que
presenta:

Roberto Kuniharu Matsuda Guinoza

Asesora: Silvana Vargas Winstanley, Ph.D.

Abril 2018

ÍNDICE

Resumen de la investigación.....	1
1. Introducción.....	2
2. Planteamiento del problema	4
2.1 Justificación y relevancia sociológica	4
2.2 Estado del arte	7
2.3 Preguntas y objetivos de investigación.....	10
3. Marco teórico.....	11
3.1 Enfoque de Desarrollo Humano y “bienestar”	11
3.2 Política social.....	18
3.3 Servicios públicos	19
3.4 Desarrollo Territorial e Interculturalidad.....	20
3.5 Adulto mayor	22
4. Hipótesis.....	26
5. Metodología.....	27
5.1 Ámbito del estudio.....	28
5.2 Justificación de selección de distritos	28
5.3 Justificación de selección del servicio público	29
5.4 Selección de la población objetivo.....	30
5.5 Operacionalización.....	35
5.6 Técnicas de recojo de información	39
5.7 Reflexiones sobre las principales limitaciones de la investigación	39
6. Caracterización de intervenciones de política del Estado a favor del adulto mayor.....	40
7. Análisis del proceso de implementación de la política social en las municipalidades distritales: el caso de los Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor (CIAM)	57
8. Análisis de contraste de las nociones de “bienestar” en adultos mayores	77
8.1 Dimensiones valoradas con mayor énfasis por todos los entrevistados	83
8.2 Diferencias en las dimensiones valoradas en los entrevistados.....	87
8.3 Contraste entre discursos: Política, CIAM y Adultos mayores.....	96
9. Conclusiones	100
Bibliografía	104
Anexo 1: Guía de entrevista para adultos mayores.....	107

ÍNDICE DE TABLAS

1. Tabla 2.1 Proyección de adultos mayores 2015-2100 en el Perú.....	5
2. Tabla 5.4.1 Información del Padrón Bimestral 2017 de Pensión 65 (Huaral).....	31
3. Tabla 5.4.2 Información del Padrón Bimestral 2017 de Pensión 65 (Comas).....	31
4. Tabla 5.4.3 Adultos mayores entrevistados en Comas.....	32
5. Tabla 5.4.4 Adultos mayores entrevistados en Huaral.....	33
6. Tabla 5.4.5 Número de funcionarias municipales entrevistadas.....	34
7. Gráfico 6.1 Discusión a nivel internacional sobre los adultos mayores y el envejecimiento.....	41
8. Gráfico 6.2 Normas e intervenciones peruanas dirigidas a la población adulto mayor.....	53



Resumen de la investigación

La presente investigación pretende dar cuenta de cómo contrastan las nociones de “bienestar” entre las políticas sociales, servicios públicos y la misma población adulto mayor en el Perú. Para este propósito, se decidió aterrizar el estudio, específicamente, en el servicio público “Centro Integral de Atención al Adulto Mayor” (CIAM) en relación con la población adulto mayor de los distritos de Huaral (Huaral, Lima) y Comas (Lima, Lima). Así, se analizará el proceso en los tres niveles propuestos para dar cuenta de cómo el discurso de la política aterriza en la práctica y cómo contrasta con el discurso de los propios adultos mayores. Transversalmente a los tres niveles de análisis, se han utilizado dos conceptos que nos permiten abordar a la relación de políticas sociales y “bienestar” en el adulto mayor: los enfoques de interculturalidad y territorialidad. De esta forma, se plantea un diálogo entre la sociología y la realidad para develar posibles encuentros y desencuentros en los procesos de desarrollo de una población etaria específica en contextos territoriales determinados.

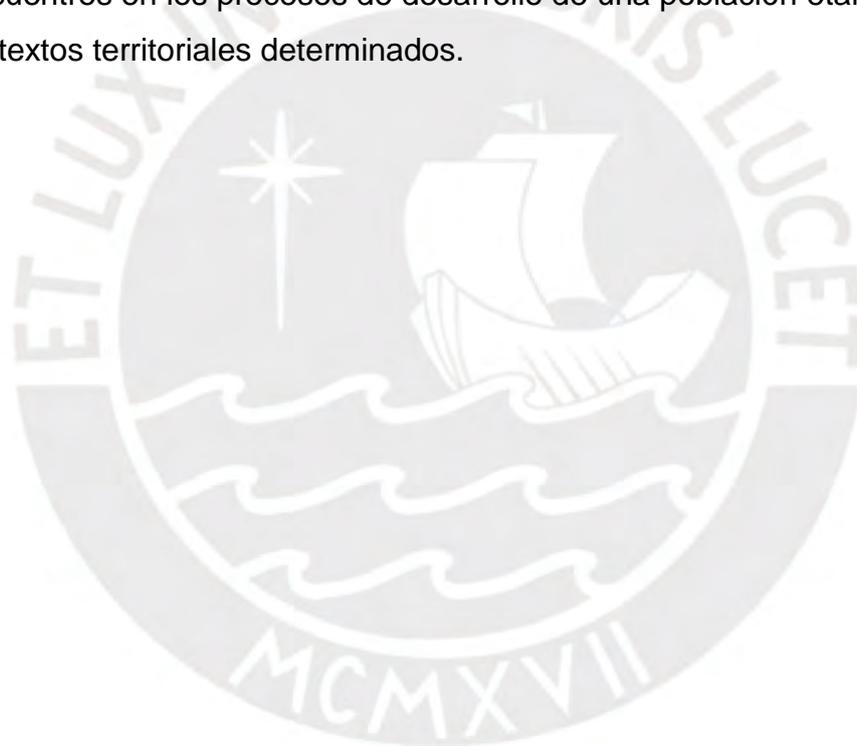
1. Introducción

La presente investigación pretende dar cuenta de cómo contrastan las nociones de “bienestar” entre las políticas sociales, servicios públicos y la misma población adulto mayor en el Perú. Para este propósito, se decidió aterrizar el estudio, específicamente, en el servicio público “Centro Integral de Atención al Adulto Mayor” (CIAM) en relación con la población adulto mayor de los distritos de El Huaral (Huaral, Lima) y Comas (Lima, Lima). Así, se analizará el proceso en los tres niveles propuestos para dar cuenta de cómo el discurso de la política aterriza en la práctica y cómo contrasta con el discurso de los propios adultos mayores. Asimismo, transversalmente a los tres niveles de análisis, se han utilizado dos conceptos que nos permiten abordar a la relación de políticas sociales y bienestar en el adulto mayor: los enfoques de interculturalidad y territorialidad.

La importancia del estudio radica en la necesidad de producir conocimiento sociológico sobre esta etapa del ciclo de vida en diálogo con las políticas sociales de nuestro país, puesto que el envejecimiento de la población es un fenómeno sociodemográfico que está creciendo sostenidamente. Así, es necesario tener nociones de lo que implica “bienestar” en los adultos mayores de nuestros contextos específicos –teniendo en cuenta su vulnerabilidad social y los distintos tipos de “vejeces”– y sus coincidencias/diferencias con los discursos de las intervenciones sociales. En ese sentido, se espera aportar a la discusión sobre la población adulto mayor en el Perú y se aspira que este producto pueda ser utilizado por distintos actores (públicos, privados y sociedad civil) con el fin de tener repercusiones en nuestra realidad.

En la investigación se plantean tres objetivos que permiten aproximarnos a la pregunta general. Primero, se contextualiza cómo –históricamente– el Estado ha intervenido en la población adulto mayor, enfatizando las normas, intervenciones e instrumentos. Segundo, se analiza el proceso de implementación de las políticas sociales en los servicios públicos gestionados por las municipalidades distritales. Finalmente, se contrastan las nociones de

“bienestar en adultos mayores” de la intervención específica, los documentos de política y la propia interpretación de los adultos mayores de Huaral y Comas. En este sentido, se examina de qué forma la interculturalidad y la territorialidad son apropiadas en las nociones de “bienestar en el adulto mayor”, tanto por el Estado desde las políticas sociales y las municipalidades desde la gestión de los servicios públicos como por la población adulto mayor. Esto permite contrastarlas para, finalmente, poder analizar cómo influyen las intervenciones en la vida de los adultos mayores. De esta forma, se plantea un diálogo entre la sociología y la realidad para develar posibles encuentros y desencuentros en los procesos de desarrollo de una población etaria específica en contextos territoriales determinados.



2. Planteamiento del problema

2.1 Justificación y relevancia sociológica

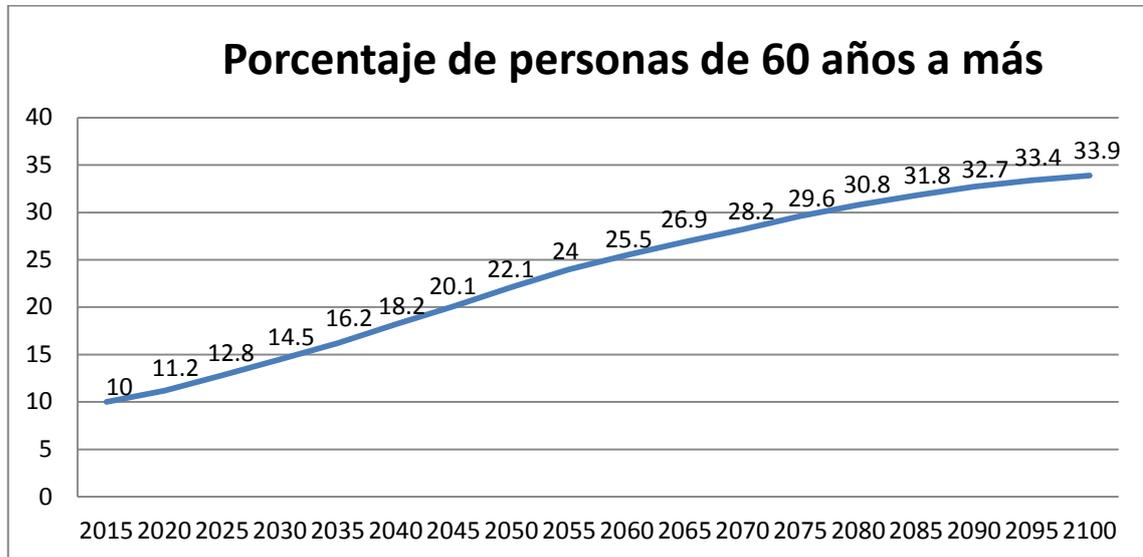
Considero relevante esta investigación, ya que, actualmente, la producción de conocimiento sociológico sobre la población adulto mayor en el Perú es escasa¹. En este sentido, en rasgos generales, se espera que la presente investigación logre aportar a la comprensión de esta etapa del ciclo de vida –de acuerdo a nuestros contextos– en diálogo con las políticas sociales del Estado. Se tiene que resaltar que el envejecimiento de la población es un fenómeno sociodemográfico importante en el Perú, ya que la estructura de envejecimiento está creciendo constantemente a tal punto que, actualmente, nos encontramos en una etapa de “envejecimiento moderado” (Olivera y Clausen 2013: 3).

Según Aranibar, *“el nivel de envejecimiento que Europa logró en dos siglos lo alcanzará América Latina en apenas cincuenta años”* (7: 2001). A esto se le suma la necesidad de resaltar las diferencias estructurales y especificidades que condicionan a los adultos mayores en nuestro país. De acuerdo con estimaciones de la CEPAL, en el año 2015 la población mayor de 60 años representaba aproximadamente el 10% del total de la población, mientras que para el 2045 la expectativa es de 20.1%²; es decir, habrá el doble de adultos mayores en menos de 30 años. De esta forma, el estudio resulta relevante dentro del campo del desarrollo y la política.

¹ En el Perú, la población adulto mayor ha sido estudiada en mayor medida desde otras disciplinas como, por ejemplo, la psicología y la economía. Sin embargo, esta es una tarea interdisciplinaria.

² Ver: <http://www.cepal.org/es/estimaciones-proyecciones-poblacion-largo-plazo-1950-2100>

Tabla 2.1 Proyección de adultos mayores 2015-2100 en el Perú



Elaboración propia.

Fuente: CEPAL, estimaciones y proyecciones de población a largo plazo 1950-2100

Es importante tener en cuenta que el envejecimiento de la población –y, por lo tanto, la vejez– es un proceso socio-histórico, dinámico y heterogéneo. Es decir, la vejez no refiere solamente a un aspecto cronológico y fisiológico, sino también una construcción social. De acuerdo con Aranibar, es necesario que entendamos este fenómeno social a partir de nuestros contextos específicos (2001: 24). En este sentido, un aporte a la literatura sociológica que se pretende es contribuir al entendimiento de la noción de “bienestar” –teniendo en cuenta su multidimensionalidad– según los mismos adultos mayores³ en diálogo con los enfoques de interculturalidad y desarrollo territorial. Según Ponce, “[...] la forma como son concebidos el bienestar y la pobreza tiene implicaciones prácticas y sustantivas en el proceso de desarrollo de los países y en la aplicación de las políticas públicas para su consecución” (2013: 18). A esta cita se le podría añadir que la forma en que son concebidos los adultos mayores tienen implicancias prácticas en las políticas sociales dirigidos a estos. Es relevante, además, por intentar contextualizar las distintas formas de

³Se tiene que tener en cuenta que la variable edad es importante para la configuración de la noción de “bienestar”. En este sentido, necesitamos delimitar nuestro concepto a “bienestar en adultos mayores”. Asimismo, la delimitación de dicho concepto permitirá realizar evaluaciones de impacto en los programas sociales/servicios públicos protectores dirigidos a la población adulto mayor.

“vejeces” de acuerdo al contexto que forma y dota de contenido a esta experiencia, así como analizar cómo el Estado ha incorporado los enfoques de interculturalidad y desarrollo territorial en intervenciones de política prioritarias. Esto último es fundamental, ya que las distintas formas de “vejeces”, tanto al interior del grupo etario como según contexto territorial, implica necesariamente una reflexión a partir de estos enfoques. En ese sentido, la investigación se enmarca dentro del desarrollo territorial, la interculturalidad y las políticas públicas.

La relevancia del enfoque sociológico, a diferencia del gerontológico, es que permite aproximarnos al fenómeno social con un marco teórico basado en los enfoques de desarrollo, de tal forma que podamos indagar sobre las múltiples dimensiones valoradas del “bienestar” según el Desarrollo Humano. Asimismo, con respecto al enfoque psicológico, como plantea White et al, existen distintas formas de concebir el “bienestar” entre las cuales está el “bienestar personal” que hace referencia únicamente centrado en lo psicológico (2016: 10). Sin embargo, como ya se ha planteado, existen múltiples dimensiones y no se asume que lo psicológico sea lo únicamente fundamental o única variable explicativa.

Es importante mencionar que esta investigación también se enmarca dentro de una discusión que resalta la necesidad de generar servicios públicos y programas sociales diseñados teniendo en cuenta las especificidades de la población objetivo en un contexto territorial determinado. Es decir, se asume que las intervenciones de desarrollo tienen que ser pertinentes teniendo en cuenta las características territoriales. La investigación, además, debate con distintas aproximaciones para analizar el fenómeno social de la “vejez” y sus distintas formas de concebirla. Esto es fundamental, ya que la concepción de este grupo etario tiene consecuencias prácticas en las políticas sociales.

Por último, es pertinente mencionar se espera que el presente trabajo sea de utilidad para futuras investigaciones y discusiones sobre la población adulto mayor en el Perú desde la sociología. Además, se aspira que este producto

pueda ser utilizado por distintos actores con el fin de tener repercusiones en nuestra realidad.

2.2 Estado del arte

Como se ha descrito anteriormente, el tema de la presente investigación se centra en las políticas de protección social dirigidas a la población adulto mayor en el Perú. Lo que se ha investigado de los adultos mayores se centra, en gran medida, en los siguientes aspectos: calidad de vida y bienestar, los sistemas de pensiones contributivas y no contributivas, interpretaciones, percepciones y auto-percepciones de la vejez y, finalmente, en general, análisis de enfoques teóricos y metodológicos para el análisis sociológico y antropológico de la vejez.

En primer lugar, con respecto a la calidad de vida y bienestar esta ha sido abordada desde la psicología, la sociología y antropología y se ha enfocado tanto en las dimensiones subjetivas, objetivas y psicológicas. De acuerdo con la tipología de bienestar de Sarah White et al, existen los siguientes enfoques: bienestar subjetivo, bienestar psicológico, capacidades y bienestar relacional (2016: 175). La autora define qué entiende por dimensiones objetivas y subjetivas del bienestar y explica cuáles son las dimensiones de análisis en cada enfoque. En ese sentido, se resalta la aproximación del bienestar relacional, el cual se enfoca en el bienestar no como una propiedad individual, sino que emerge de nuestras relaciones con los demás. Una idea importante a resaltar es que no existe consenso sobre cómo conceptualizar “bienestar”.

Es importante mencionar que “en el caso de las personas adultas mayores, uno de los grandes problemas que se identifica es lo inadecuado de algunos instrumentos de medición, pues no han sido diseñados necesariamente para evaluar la realidad y calidad de vida en este grupo etéreo” (Osorio et al 2011: 63). Así, por ejemplo, existen distintos estudios con diferentes enfoques que se aproximan al bienestar de este grupo. Por ejemplo, el estudio exploratorio y cualitativo “Calidad de vida en personas mayores en Chile” de Osorio et al que tiene como objetivo analizar la calidad de vida de los adultos mayores desde

una perspectiva subjetiva. Los resultados obtenidos son que los adultos mayores diferencian entre la calidad de vida objetiva –definida según nivel de vida y condiciones de vida– y subjetiva –satisfacción y sensación de bienestar– y que la “calidad de vida” se definió en 5 dimensiones: salud, material, individual, entorno físico y entorno social (Osorio et al 2011: 68). Asimismo, existen otras investigaciones que indagan las dimensiones objetivas y subjetivas (definidas predeterminadamente según dimensiones resaltadas en la literatura) como, por ejemplo, “Resultados de la encuesta de salud y bienestar del adulto mayor 2012” del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) del Perú. En dicha investigación cuantitativa se analizan las características de los adultos mayores de Pensión 65 (de 65 hasta 80 años), el acceso a servicios públicos e infraestructura, las actividades básicas e instrumentales, salud, redes sociales, autopercepción del adulto mayor, entre otros. Por último, existe otro grupo de investigaciones sobre bienestar en adultos mayores que se centra netamente en la dimensión psicológica.

En segundo lugar, sobre los sistemas de pensiones contributivas y no contributivas existe la investigación “Las características del adulto mayor peruano y las políticas de protección social” de Olivera y Clausen, en la cual analizan las características socioeconómicas de los adultos mayores en el Perú y se realiza revisión de las políticas con orientación económica (pensiones contributivas y no contributivas) y las políticas con orientación de servicios y derechos (salud y nutrición, redes de apoyo social y derechos). En este último tipo de políticas, se enfatiza el concepto de “redes sociales” como indicador de “bienestar” en los adultos mayores. Así, se presenta a las “redes de apoyo social” con una tipología de acuerdo al tipo de apoyo: material, instrumental, emocional y cognitivo (2013: 66). Una investigación relacionada a la anterior es “Envejecimiento con dignidad: pensiones no contributivas para reducir la pobreza en el Perú” de CARITAS et al del 2009. En esta, el foco de atención radica en la dimensión económica y está centrada más en respuestas prácticas a la transición demográfica en el Perú. Así, se analiza la viabilidad de las

pensiones no contributivas en el Perú, teniendo en cuenta la necesidad de generar políticas de protección social para los adultos mayores.

En tercer lugar, acerca de las interpretaciones, percepciones y auto-percepciones de la vejez existen distintas investigaciones, sobre todo de la disciplina antropológica, que abordan estos temas. Así, por ejemplo, está la tesis de licenciatura “¡Aquí nadie es viejo!” Usos e interpretaciones del Programa Centro del Adulto Mayor- EsSalud de Villa María del Triunfo y las experiencias de envejecimiento de sus usuarios” de Ramos Bonilla. En dicha investigación, el objetivo consiste en analizar cómo los adultos mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Ventanilla (Lima, Perú) usan los servicios e interpretan las formas ideales de vivir la vejez de acuerdo al programa a partir de sus propias experiencias de envejecimiento. En este caso, se enfatiza la interpretación de la vejez y la percepción de la forma ideal de vivir la vejez. Otra investigación es “Percepciones y autopercepciones de ancianos en la comunidad de Santa Cruz de Andamarca” de Angélica Nué del 2000, en la que analiza, según percepciones de los no-adultos mayores y autopercepciones de adultos mayores, distintas dimensiones como actividades económicas, sufrimiento y muerte.

Por último, existe una amplia literatura que se centra en analizar los distintos enfoques teóricos para el análisis sociológico y antropológico de la vejez. Por ejemplo, “Antropología de la vejez en el Perú: un vacío etnográfico” de Ramos Bonilla, “La longevidad: más allá de la biología. Aspectos socioculturales” de Osorio, “La nueva sociología de la vejez: de la teoría a los métodos” de Bazo y “Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina” de Aranibar. Estas investigaciones realizan una recopilación de perspectivas y conceptos para el estudio del adulto mayor, las cuales son puestas en debate, teniendo en cuenta sus fortalezas y debilidades. Sin embargo, es importante resaltar que la mayoría de teorías sociales sobre la vejez que se discuten son sesgadas (imagen negativa sobre la vejez) y, por lo tanto, resulta necesario generar nuevas teorías y conceptos pertinentes que permitan abordar este

fenómeno social. De acuerdo con Ramos Bonilla, “es probable que la necesidad tangible de hacer frente al gran crecimiento de esta población haya llevado a las respuestas prácticas y no al desarrollo teórico, como ha pasado en muchos otros casos en otros países” (2013: 104)

Es importante recalcar que, justamente, uno de los aspectos que no ha sido abordados aún es la articulación de los distintos discursos de “bienestar en adultos mayores” con los enfoques de interculturalidad y desarrollo territorial. En ese sentido, la investigación que se pretende realizar cobra relevancia dentro de la sociología, el desarrollo y las políticas públicas, en tanto se contrapongan las distintas nociones de “bienestar en adultos mayores” del Estado y de la población adulto mayor.

2.3 Preguntas y objetivos de investigación

Pregunta de investigación: ¿Cómo contrasta la noción de “bienestar en adultos mayores” de las intervenciones de política social con la propia percepción de la población adulto mayor?

Objetivo general: Contrastar la noción de “bienestar en adultos mayores” de las intervenciones de política social con la propia percepción de los adultos mayores

- **Objetivo específico 1:** Caracterizar las intervenciones de política promovidas por el Estado a favor de los adultos mayores (línea de tiempo con énfasis en normas, intervenciones e instrumentos)
- **Objetivo específico 2:** Analizar el proceso de implementación de las políticas sociales en los servicios públicos gestionados por las municipalidades distritales.

3. Marco teórico

Como se ha planteado anteriormente, la investigación –enmarcada dentro de la sociología del desarrollo– tiene como objeto de estudio los discursos de “bienestar”, el cual gira en torno de conceptos como “políticas sociales” y “adultos mayores”. Además, se mencionaron dos enfoques complementarios que han sido utilizados en el análisis: “interculturalidad” y “territorial”. En este sentido, en esta sección se hará una revisión de los enfoques y conceptos para vincularlos entre sí, de tal forma que nos sirvan para abordar el objetivo de la investigación.

3.1 Enfoque de Desarrollo Humano y “bienestar”

Para abordar la noción de “bienestar” es fundamental primero discutir sobre los principales enfoques de desarrollo, ya que estos enmarcan y configuran las nociones de “pobreza” y “bienestar”. El “desarrollo”, sea cual sea su contenido, es un término amplio de “consenso” que es utilizado a nivel institucional, académico y político. Sin embargo, existen distintas dimensiones y énfasis de acuerdo a los enfoques que dotan de contenido al concepto. Según Valcárcel, el concepto desarrollo *“adquiere un significado relevante y específico al interior de alguno de los enfoques interpretativos de la realidad social surgidos a lo largo de las cinco últimas décadas”* (2007: 7). En ese sentido, Ponce (2013) diferencia tres grandes corrientes de desarrollo –que engloba distintos enfoques de desarrollo– y sus respectivos acercamientos al “bienestar”.

En primer lugar, está la perspectiva del desarrollo económico (teoría de la modernización), surgido aproximadamente en 1945, en la cual la idea central, básicamente, es que *“una mayor producción material garantizaría una mayor satisfacción de las necesidades y, en consecuencia, un aumento del bienestar”*

(Ponce 2013: 2). Bajo esta lógica, Rawls planteaba que mientras mayor cantidad de bienes primarios posee una persona habrá mayor bienestar (Sen y Nussbaum 1996: 36). De esa forma, se concebía al desarrollo y al bienestar únicamente como crecimiento económico, el cual es medido con el producto bruto interno del país o región y la línea de pobreza. Este enfoque de desarrollo se basa en una dicotomía de sociedad moderna (desarrollada) y sociedad tradicional (subdesarrollada), en el que los primeros serían las sociedades “avanzadas”. Asimismo, tiene una pretensión universalista, ahistórica y evolutiva, en el sentido que propone una única ruta para llegar a ser un país “desarrollado” y que existen etapas unidireccionales y acumulables por las que hay que transitar. De acuerdo con Valcárcel, bajo este enfoque, se entendía por desarrollo el proceso que debería realizar los países de América Latina, África, Asia y Oceanía para lograr tener las condiciones que caracterizaban a los países “desarrollados” –EE.UU. y Europa occidental– (2007: 11).

Una respuesta a este modelo de desarrollo vino por parte de los teóricos de la teoría de la dependencia, en los 60s, quienes realizaron un análisis global del desarrollo, teniendo en cuenta la estructura político-social, el mercado económico externo e interno y la historia particular de cada país. En ese sentido, las definiciones de desarrollo/sub-desarrollo serían consecuencia histórica del intercambio económico desigual producto de la división internacional del trabajo capitalista, pues el desarrollo industrial se concentra en algunos países (centro), mientras que a otros (periferia) se les designa funciones abastecedoras de materias primas (Valcárcel 2007: 13). Así, el subdesarrollo sería una condición de esta relación, más no una etapa. Este modelo es importante, porque no se limita a aspectos económicos, sino también añade al análisis variables sociales y políticas. Además, porque rescata el valor de las particularidades históricas de los distintos países y se cuestiona la idea lineal unidireccional del “desarrollo”; sin embargo, la discusión sobre desarrollo todavía se mantiene principalmente a nivel estructural, sin tener en consideración a las personas en sí, quienes son y deberían ser el fin último.

Es importante tener en cuenta que el crecimiento económico no conlleva necesariamente a incrementar el bienestar en la población, pues se tiene que tener en cuenta otras dimensiones de la vida. Ambos enfoques no se centran en las personas en sí y su heterogeneidad, sino solamente en la estructura económica. En ese sentido, reducir el “desarrollo” y el “bienestar” como sinónimo de crecimiento económico fue cuestionado.

De acuerdo con Ponce, es en la corriente del desarrollo social (enfoque de necesidades básicas de Paul Streeten) en el que se introduce la idea de necesidades básicas de los hogares y sus miembros. En esta perspectiva, se trasciende lo exclusivamente económico y se toma en cuenta otros factores como la condición de la vivienda, el saneamiento básico, la escolaridad, la capacidad económica y hacinamiento. Así, si no se satisface un mínimo establecido existirá una(s) necesidad(es) básica(s) insatisfecha(s) (Ponce 2013: 6), lo cual está ligada a la pobreza y, por lo tanto, al “bienestar”. En este sentido, se extiende la noción del desarrollo centrado únicamente en lo económico y la preocupación se centra en las condiciones mínimas de subsistencia en las que se encuentran las personas. Sin embargo, de acuerdo con Válcarcel, la satisfacción de dichas necesidades tiene como fin contribuir para acrecentar la productividad laboral (2007: 19), por lo que no se estaría cuestionando el modelo de desarrollo, sino más bien fortaleciéndolo, añadiendo otras variables sin dejar el fin económico.

Por último, está el marco del desarrollo humano que supone un cambio de paradigma con los modelos anteriores por distintos motivos. En primer lugar, por poner en el centro del debate a las personas. De acuerdo con Ponce,

“La necesidad de revisar y replantear los fines y medios del desarrollo, que venían conformándose como uno de los pilares fundamentales de las críticas a las concepciones tradicionales del mismo, queda relegada en este

nuevo enfoque en el bienestar de las personas, con lo cual se centra la finalidad del desarrollo en el ser humano” (20013: 9)

De esa forma, el crecimiento económico y los bienes no son valiosos en sí mismos, sino que son medios para lograr el desarrollo/bienestar de las personas. Esto es fundamental, puesto que el foco está en el dominio de la gente sobre sus propias vidas, en la heterogeneidad y en el énfasis del valor de la propia vida humana.

Dentro de la corriente de desarrollo humano se encuentra Amartya Sen, quien propone que la expansión de las libertades –derechos y oportunidades reales– es el principal fin y medio para el desarrollo (Ponce 2013: 9). Los distintos tipos de libertades fundamentales relacionados entre sí que tenemos razones para valorar, entonces, son un principal elemento que se vincula con la idea de “bienestar”. De acuerdo con Sen:

“El desarrollo consiste en la eliminación de algunos tipos de falta de libertad que dejan a los individuos pocas opciones y escasas oportunidades para ejercer su agencia razonada. La eliminación de la falta de libertades fundamentales es parte constitutiva del desarrollo” (2000: 16)

Para esto, es fundamental no solo las libertades individuales, sino también el marco institucional en el que se inscriben: democracia. Estas tendrían el rol de hacer posibles las libertades de acción y decisión, así como las oportunidades reales de las personas (Sen 2000: 33). Se resalta la importancia de la libertad como valiosa en sí misma y como medio instrumental para lograr otras libertades. Este marco de libertad individual e institucional permite al individuo desarrollar un conjunto de capacidades que son la posibilidad de distintas funciones que el individuo tiene libertad para hacer y valora y materializarlos en los funcionamientos que son las cosas que hace una persona. De acuerdo con Sen:

“Los funcionamientos representan partes del estado de una persona: en particular, las cosas que logra hacer o ser al vivir. La capacidad de una persona refleja combinaciones alternativas de los funcionamientos que ésta puede lograr, entre las cuales puede elegir una colección [libertad de elección]. El enfoque se basa en una visión de la vida en tanto combinación de varios quehaceres y seres, en los que la calidad de vida debe evaluarse en términos de la capacidad para lograr funcionamientos valiosos” (1996: 55-56).

De acuerdo con lo mencionado en la cita, podríamos abordar el “bienestar” según el “ser y hacer”; por lo tanto, en las capacidades –que reflejan la libertad y las oportunidades factibles de elección según necesidades, valores y preferencias– que son, en la práctica, los distintos funcionamientos que uno puede lograr. Sin embargo, el autor también reconoce la importancia de lo material y de las condiciones institucionales como un medio para lograr capacidades y, por lo tanto, funcionamientos.

“La conversión del ingreso en capacidades básicas puede variar mucho entre individuos y también entre distintas sociedades, de modo que la posibilidad de alcanzar niveles mínimamente aceptables de las capacidades básicas puede estar asociada con diferentes niveles de ingresos mínimamente adecuados” (Sen y Nussbaum 1996: 68).

En este sentido, como plantea Ponce, *“el foco de esta perspectiva de desarrollo está en las libertades generadas por los recursos, más que en los recursos por sí mismos” (2013: 9)*. Si bien los recursos tienen un rol fundamental, la capacidad para transformar los recursos en funcionamientos es el centro de atención. Además, es importante tomar en cuenta lo planteado por Alkire y Foster sobre la multidimensionalidad de la “pobreza” y el “bienestar”, la cual sigue la misma lógica que Sen; es decir, el “bienestar” no puede ser delimitado únicamente bajo un solo criterio, sino por un conjunto de criterios interrelacionados entre sí. La pobreza, entonces, no se reduce a lo económico, sino que puede ser vista como la incapacidad/privación de capacidades para satisfacer algunas necesidades consideradas por las mismas personas como

elementales. De acuerdo con Ponce, "lo importante a destacar en este contexto [de debate sobre el desarrollo] es cómo los enfoques multidimensionales del fenómeno de la pobreza, producto de una visión más compleja del bienestar, son los que actualmente han adquirido mayor relevancia" (2013: 16).

Han existido esfuerzos para operacionalizar el "bienestar" desde el DH. En ese sentido, por un lado, en el Informe de la Comisión sobre la Medición del Desarrollo Económico y Progreso Social (CMPEPS) del 2009, presidido por Stiglitz, se plantea una definición multidimensional del bienestar, tomando en cuenta las investigaciones empíricas previas al respecto. Las dimensiones básicas planteadas son "*1) las condiciones de vida materiales (ingreso, consumo y riqueza), 2) la salud, 3) la educación, 4) las actividades personales, y dentro de ellas el trabajo, 5) la participación en la vida política y la gobernanza, 6) los lazos y relaciones sociales, 7) el medio ambiente (estado presente y porvenir) y 8) la inseguridad, tanto económica como física*" (CMPEPS 2009: 13). En ese sentido, se plantean dimensiones objetivas como lo monetario y dimensiones subjetivas como, por ejemplo, los lazos y relaciones sociales.

Por otro lado, La Iniciativa de Oxford para el Desarrollo Humano y la Reducción de la pobreza (OPHI) y el Banco de desarrollo de América Latina (CAF) publican en "Las dimensiones faltantes en la medición de la pobreza", en el que plantean una recopilación y revisión de distintos autores que abordan dimensiones que consideran deberían ser analizados en la discusión de la "pobreza" y "bienestar". En ese sentido, se plantean las dimensiones: 1) empoderamiento y agencia, 2) seguridad física, 3) capacidad de ir por la vida sin sentir vergüenza, 4) calidad del empleo, 5) conectividad social y 6) bienestar psicológico y subjetivo. Estas "dimensiones faltantes" son fundamentales, ya que se basan en estudios empíricos: "*de acuerdo con múltiples estudios de alcance mundial, la gente en situación de pobreza considera que estas dimensiones son importantes para entender su condición [de pobreza]*" (2015: 19). Estas dimensiones, al igual que en la propuesta

anterior, reflejarían, en parte, las capacidades de las personas para lograr satisfacer ciertas necesidades y realizar funcionamientos que ellos consideran valiosos.

Cabe resaltar que la dimensión de “empoderamiento” es un concepto fundamental dentro de la investigación, por lo que se desarrollará brevemente. De acuerdo con Rowlands, *“el empoderamiento es más que participar en la toma de decisiones: también debe incluir los procesos que llevan a las personas a percibirse a sí mismos como capaces y con el derecho a decidir”* (OPHI y CAF 2015: 37). Esta categoría, que se conectará con la idea de desarrollo territorial, resalta la importancia del “poder para” y “poder desde”. De acuerdo con Bobadilla,

“en los proyectos de desarrollo se promueven esfuerzos para establecer relaciones de equilibrio entre los que impulsan las propuestas y sus destinatarios, con la finalidad de generar consensos en la forma de gestionar los proyectos y de fortalecer sistemas de cooperación y participación. Para ello es necesario que todos los actores involucrados se reconozcan como interlocutores válidos y legítimos [...]” (2005: 15)

Considerando las distintas corrientes y sus aproximaciones al “bienestar”, se ha decidido definirla teniendo en cuenta su multidimensionalidad enmarcada dentro del desarrollo humano: proceso en la que una persona cuenta con los recursos materiales⁴ suficientes que le permite desplegar un conjunto de capacidades⁵ –que reflejan libertad y oportunidades de elección– para poder lograr funcionamientos considerados básicos y valiosos⁶ (“hacer”) y, por lo tanto, alcanzar una vida valorada por la propia persona (“ser”), teniendo en cuenta el contexto territorial en el que se encuentre.

⁴ Recursos materiales entendidos como lo planteado en el punto 1 de la CMPEPS.

⁵ Por ejemplo, libertad de acceso a servicios básicos y ejercicio efectivo de derechos y libertades.

⁶ Dichos funcionamientos “básicos” serán definidos según el informe de la CMPEPS y de “Las dimensiones faltantes de en la medición de la pobreza”.

Así, se resalta la multidimensionalidad en el “ser y hacer” y lo económico/material como medios. Es importante resaltar que en este estudio se analizarán las narrativas de “bienestar” de los propios adultos mayores, así como de los discursos que subyacen de la intervención social específica. Como se ha mencionado anteriormente, el desarrollo requiere un contexto institucional favorable para que las personas desarrollen su “ser” y “hacer” según sus intereses, necesidades y motivaciones (“bienestar”). De esa forma, en la presente investigación, una forma de aterrizar la noción de “bienestar” del sector público es mediante las políticas e intervenciones sociales.

3.2 Política social

En la historia han existido distintos paradigmas de la política social como, por ejemplo, el modelo residual, el Estado de bienestar y el modelo de protección social. Actualmente, nos ubicamos, en teoría, predominante y transitoriamente en el último modelo planteado. Si bien la concepción de “política social” ha cambiado a través de la historia y no existe una sola definición, para fines de la investigación se ha decidido la siguiente:

“el conjunto de programas de acción que, a través del esfuerzo organizado, atiende necesidades sociales cuya solución supera la iniciativa privada, individual y espontánea, y requiere decisión colectiva reglamentada por leyes que garanticen derecho” (Espina 2011: 25)

De acuerdo con esta definición, la política social es un modo de relación entre el Estado, el sector privado y la ciudadanía que tiene como objetivo incrementar el “bienestar” de los últimos. Es importante resaltar la idea que la política social es un esfuerzo conjunto de interdependencia de distintos actores y que no existe una relación causal directa entre las políticas sociales y el “bienestar” de los ciudadanos, por lo que es necesario analizar cómo realmente están impactando las políticas sociales en la población. Esto, teniendo en

cuenta la multidimensionalidad del concepto y las diferentes formas de interpretación que existan según necesidades y valoraciones de las personas.

De acuerdo con Olivera y Clausen, existen dos tipos de políticas sociales en el Perú. Por un lado, están las políticas con orientación económica, las cuales se dividen en los sistemas de pensión contributiva y las pensiones no contributivas. Por otro lado, están las políticas con orientación de servicios y derechos que se centran en la salud, nutrición, redes de apoyo social y derechos (2013: 57-58). Otra característica importante es que existen políticas sociales de carácter universal (dirigido a toda la población) y de carácter focalizado (población objetivo delimitada según un conjunto particular de características). En ese sentido, se tiene que tener en cuenta que la orientación de políticas sociales que se analizan en este estudio es la de servicios y derechos, el cual está focalizado únicamente en la población adulto mayor.

3.3 Servicios públicos

Las políticas sociales se materializan en servicios públicos y programas sociales. Según el “Plan nacional para las personas para las personas adultas mayores”, los servicios públicos se definen como

“[...] las actividades, acciones o prestaciones realizadas por las entidades públicas en beneficio de los y las ciudadanos/as, en el marco de sus derechos constitucionales, con el objetivo de garantizar su desarrollo individual y colectivo. Los servicios públicos se desarrollan bajo la autorización, control, vigilancia y fiscalización del Estado, en el marco de las leyes correspondientes, sin discriminación alguna” (Presidencia del Consejo de Ministros en MIMP 2013: 16)

De acuerdo con Long, las intervenciones de desarrollo son un proceso continuo socialmente construido que es negociado entre los actores involucrados – directa e indirectamente– (1999: 4). Es decir, no se trata de la simple ejecución de un plan preestablecido con resultados esperados, sino que requiere de una

planificación flexible. Es fundamental tener en cuenta que el desarrollo es un proceso dinámico con prioridades cambiantes que articula diversos intereses de múltiples actores. En ese sentido, analizar el impacto de la política social planteada por el Estado peruano implica, inevitablemente, examinar cómo está siendo gestionada, pues se asume que existe un proceso de traducción del documento en la práctica, en la cual –en este caso las municipalidades– se tiene que tener en cuenta el perfil de la población objetivo y el contexto, así como sus valoraciones en el “ser” y “hacer” según sus interpretaciones de “bienestar”.

Esto último se vincula con los dos enfoques analíticos que se utilizarán para examinar las nociones de “bienestar” en adultos mayores y en la implementación de la intervención social: enfoque intercultural y territorial.

3.4 Desarrollo Territorial e Interculturalidad

Por “desarrollo territorial” se entiende como:

“un proceso de construcción social del entorno, impulsado por la interacción entre las características geofísicas, las iniciativas individuales y colectivas de distintos actores y la operación de las fuerzas económicas, tecnológicas, sociopolíticas, culturales y ambientales en el territorio” (CEPAL S/A).

De acuerdo con Schejtman y Berdegue, el territorio no solamente es el espacio físico, sino también *“un conjunto de relaciones sociales que dan origen y a la vez expresan una identidad y un sentido de propósito compartidos por múltiples agentes públicos y privados”* (2004: 29). Es importante mencionar que Maldidier rescata que el enfoque territorial asume la diversidad de actores dentro de los distintos niveles territoriales (micro, local, provincial, departamental, nacional e internacional) y sus diferencias, por lo que las intervenciones de desarrollo deben de enfatizar la articulación de los actores y generar espacios de negociación (2012: 80-84). En ese sentido, involucra y

articula a la diversidad de actores públicos, privados y sociedad civil y se supera la dicotomía “top-down”-”bottom-up” en las políticas sociales.

Según Maldidier, *“el enfoque del desarrollo territorial, al reconocer el protagonismo de los actores locales en manejar su propio desarrollo, legitima el hecho de que los proyectos han de ser negociados con estos mismos actores locales”* (2012: 80). Esto implica que las mismas personas tengan la posibilidad de negociar el contenido, reglas y procedimientos de, en este caso, el servicio público CIAM. En última instancia, el desarrollo se centra en las mismas personas. El enfoque asume la diversidad de actores dentro del territorio para aceptar las diferencias y negociar colectivamente. En este sentido, se espera que *“una intervención de desarrollo que sea negociada y concertada con los actores locales, que fomente y apoye los procesos de concertación, que abra espacios de negociación para favorecer las rutas para los más pobres”* (2012: 84). Para ello, es fundamental concebir a un proyecto social como un proceso, un diálogo constante, en el cual la planificación tiene que tener un sistema flexible que permita modificaciones. Esto último posibilita que no se utilicen “soluciones pre-establecidas” (ideas estandarizadas para solucionar un problema) en distintos contextos territoriales, ya que cada uno tiene sus propias características. Como se vio anteriormente, es fundamental reconocer las distintas nociones de “bienestar” según lo que las personas valoran “ser” y “hacer”, por lo que este enfoque resulta pertinente en la gestión de un servicio público. Así, los eslabones intermedios de las políticas sociales –en este caso la municipalidad, mediante el CIAM– cumplen un rol fundamental para que el proyecto se adapte con pertinencia.

El enfoque territorial, entonces, se vincula también con el enfoque intercultural, en tanto este último supone, según Alvarado, 3 principios: el reconocimiento y la búsqueda de igualdad efectiva de derechos, oportunidades y responsabilidades, el derecho a la identidad y al desarrollo de propias expresiones socioculturales y, finalmente, la unidad nacional basada en la diversidad cultural (en Fuller 2002: 36-37). Es fundamental reconocer la

diversidad cultural en nuestro país, por lo que adoptar el enfoque territorial e intercultural resultan indispensables. Como se ha discutido anteriormente, la noción de “bienestar” tiene múltiples dimensiones y puede ser definida de múltiples formas, por lo tanto, la concertación de los distintos actores en las intervenciones sociales es esencial. Según Ponce, *“no hay duda de que la consideración y expectativa del «bienestar», y por tanto su concepción y logro, van a depender del tipo de sociedad [contexto territorial] en el que se ubiquen, y por estas razones pueden sufrir importantes transformaciones en virtud del tiempo o el nivel de desarrollo”* (2013: 17).

3.5 Adulto mayor

Un aspecto fundamental es la forma en que son concebidos los adultos mayores, ya que esto tiene implicancias prácticas en las intervenciones sociales dirigidos hacia estos. De esta forma, con respecto a la noción de “adulto mayor” han existido distintas teorías y enfoques para abordar el estudio de la vejez dentro de la sociología y la antropología, por lo que se analizará y se pondrá en debate las que tuvieron mayor importancia, de tal forma que podamos decidir por un enfoque pertinente para la presente investigación.

En primer lugar, se encuentra la “teoría de la modernización”, la cual –de acuerdo con Ramos Bonilla– propone que la modernidad⁷ provoca el desprestigio de los adultos mayores, ya que estos dejan de realizar actividades consideradas necesarias para la subsistencia y para el sistema simbólico (2013: 106). La idea principal, entonces, es que a menor modernidad existe mayor estatus para los adultos mayores, lo cual está ligado estrechamente con la productividad económica (y al enfoque de la teoría de la modernización). Sin embargo, esta teoría general presenta debilidades, ya que, por ejemplo, se homogeniza a los adultos mayores, no se toman en cuenta los distintos contextos territoriales y no se centra en el individuo en sí. Además, existen casos en los que la vejez significa alto estatus social, por lo que esta

⁷ Entendida desde esta perspectiva por el aumento poblacional de adultos mayores, la mayor cobertura de la educación y la proliferación del modelo familiar nuclear.

proposición quedó falseada. Luego de esta teoría general estructural-funcionalista, surgieron distintas propuestas basadas en el funcionalismo para entender a la vejez.

Cumming y Henry en el libro "Growing Old: The Process of Disengagement" (1961) plantearon "la teoría de la adaptación social en la vejez" o la "teoría de la desvinculación", la cual refiere a que *"la vejez conlleva inevitablemente a la disminución de la interacción entre el individuo y la sociedad y que este hecho es satisfactorio (o funcional) para ambas partes"* (Aranibar 2001: 16). Esta "desvinculación" con la sociedad permitiría al adulto mayor desprenderse de roles y responsabilidades y, por lo tanto, "prepararse para la muerte". Desde esta perspectiva, la conducta de los adultos mayores resulta inevitablemente de la (in)adaptación de la estructura social, la cual le reduce un conjunto de funciones.

En respuesta a la "teoría de la desvinculación" surge la "teoría de la actividad" de Robert Havighurst que sostiene que, durante el envejecimiento, los adultos mayores necesitan mantener las actitudes y actividades habituales de la persona el mayor tiempo posible para un envejecimiento satisfactorio; es decir, intentar permanecer como en la edad adulta (Aranibar 2001: 16). De esta forma, la "desvinculación" con la sociedad no es causada por la vejez per se, sino por la falta de oportunidades debido a su posición dentro de la estructura social. En la misma lógica se encuentra la "teoría del vaciado de roles" de Burgess que plantea que la vejez conduce a la pérdida de roles importantes en la sociedad, lo cual conlleva al desprestigio y, además, a la pérdida de normas asociadas a dichos roles (Ramos Bonilla 2013: 106).

Tal como se ha podido describir, las cuatro teorías generales son aproximaciones dicotómicas que se fundamentan en la "adaptación-inadaptación" del adulto mayor a un sistema social, las cuales asumen una imagen negativa de la vejez. Además, se pretende explicar una etapa del ciclo de vida sin tener en cuenta especificidades sociales, económicas y culturales que moldean la experiencia, significado y nociones del adulto mayor. En otras

palabras, se homogeniza a las distintas formas de “vejez”. Es importante resaltar, además, que las teorías planteadas se centran solamente en explicar la conducta y el estatus de los adultos mayores, sin tomar en cuenta otras dimensiones que permitan entender la complejidad de la vejez como, en este caso, las interpretaciones de “bienestar”.

Una perspectiva para abordar el tema de la “vejez” que rompe con dicha dicotomía es la “Gerontología crítica” o “la teoría de la dependencia estructurada”. Este enfoque se centra en los factores sociales, económicos y políticos que influyen en las condiciones de vida y en la imagen de los adultos mayores. Es decir, se concibe a la vejez no solamente como un proceso psicobiológico, sino también una construcción social (Aranibar 2001: 17). En este sentido, el envejecimiento y, por lo tanto, la vejez, está influido por la división del trabajo y las desigualdades del capitalismo. Desde este enfoque, *“los adultos mayores estarían en una posición de dependencia estructurada, siendo excluidos del trabajo y llevados a la pobreza”* (Ramos Bonilla 2013: 8). Es importante recalcar que, recién desde esta perspectiva, se analiza a la vejez como un constructo social no determinado por la estructura; sin embargo, el énfasis a lo estructural no permite detallar la influencia de micro-procesos y la agencia en la vejez. Así, pese a sus limitaciones, contribuyó a enfocar la discusión de la vejez en lo social.

Luego de haber analizado las distintas perspectivas, se decidió asumir un supuesto teórico planteado por Pérez: *“la vejez no supone la adscripción automática a una posición social de prestigio, ni tampoco lo contrario. La vejez, como fenómeno social, exige ser considerada tanto en sus características comunes con cualquier otro agrupamiento de edad como en sus propias especificidades (...). La vejez no será sino lo que quiera que sea la sociedad que la crea”* (1997: 97). De acuerdo a este supuesto, que critica a las teorías mencionadas anteriormente, es necesario analizar a los adultos mayores objetivamente, teniendo en cuenta sus características y condiciones según el contexto en el que se encuentren. En ese sentido, se decidió que el enfoque

más pertinente y objetivo para realizar esta investigación es la “teoría de los ciclos de vida”.

La “teoría del ciclo de vida” es una perspectiva que se centra en la vejez como una etapa más dentro del ciclo de vida. Es decir, no es resultado de una adaptación o inadaptación al sistema social, sino que la vejez es una construcción social, un producto socio-histórico (Ramos Bonilla 2013: 108). En ese sentido, el adulto mayor necesita ser entendido de acuerdo a sus anteriores etapas de su vida (experiencia de envejecimiento según biografía). Es importante resaltar que “así como cada cultura manifiesta sus propios patrones de envejecimiento, cada época y momento histórico también configuran modelos de envejecimiento y vejez bajo el ropaje de sus diversas generaciones (Osorio 2006: 5). En ese sentido, se concibe a la vejez como una realidad heterogénea y dinámica que varía según el contexto y temporalidad. Esta teoría, entonces, permite articular las características individuales con los procesos sociales en los que se enmarca. Así, a partir de esta perspectiva centrada en el individuo es posible analizar sus nociones de “bienestar”.

La “teoría de los ciclos de vida” puede ser complementada con las 3 dimensiones de las edades planteadas por Huenchuan y Rodríguez-Piñero. De acuerdo con Huenchuan y Rodríguez-Piñero (2010: 14), el concepto de “vejez” está compuesto por tres tipos de edades interrelacionadas entre sí: la edad cronológica, la edad fisiológica y la edad social. En primer lugar, la edad cronológica refiere, básicamente, al número de años que una persona ha cumplido. En el caso de la vejez, convencionalmente está delimitada por ley a partir de los 60 o 65 años en adelante. Esto significa una posición dentro de la estructura social que implica un conjunto de normas, derechos y responsabilidades. En segundo lugar, la edad fisiológica, en cambio, alude al proceso de envejecimiento fisiológico que está relacionado –pero no determinado– con la edad cronológica. Esta dimensión se basa en el estado funcional del cuerpo de una persona. Finalmente, la edad social hace referencia a una construcción social que se basa en actitudes y conductas que

se consideran adecuadas a la edad cronológica atribuida, así como a las percepciones subjetivas de las mismas personas con respecto a la edad cronológica sentida o auto-percibida. Considero pertinente complementar ambos enfoques, ya que esta deconstrucción de las dimensiones de las edades –interrelacionadas entre sí– contribuye a entender a mayor complejidad las “vejezes”. Esto se debe a que no solamente la edad en términos biológicos y fisiológicos influye en la configuración de ser adulto mayor, sino también la subjetividad del propio actor, la cual se sustenta en su trayectoria de vida.

A modo de síntesis, como se ha podido apreciar en esta sección, se ha puesto en discusión distintas corrientes de desarrollo para poder aterrizar en una noción de “bienestar” multidimensional centrada en las mismas personas y sus libertades según lo que valoran “ser” y “hacer”. Esta definición abarca distintas las dimensiones consideradas fundamentales según la literatura. Los discursos no solo han estudiados desde la voz de los propios adultos mayores, sino también desde las políticas e intervenciones sociales, pues nuestro objetivo principal es contrastar dichos discursos y analizar cómo la intervención del CIAM influye en los adultos mayores. De esta forma, se definieron estos últimos dos conceptos, teniendo en cuenta el enfoque territorial e intercultural, puesto que para abordar las nociones de “bienestar” dentro de las intervenciones sociales es fundamental tener en cuenta la heterogeneidad, los distintos actores dentro del territorio y la concertación en distintos niveles. Asimismo, en tanto nuestra investigación se centre en los adultos mayores, se planteó un debate sobre las aproximaciones teóricas sobre la vejez ha permitido esclarecer desde qué perspectiva resulta más provechoso analizar nuestro caso, teniendo en cuenta nuestro marco de desarrollo y la noción de bienestar planteada.

4. Hipótesis

Tipo de pregunta	Pregunta	Objetivo	Hipótesis
------------------	----------	----------	-----------

Pregunta principal	¿Cómo contrasta la noción de “bienestar en adultos mayores” de las intervenciones de política social con la propia percepción de la población adulto mayor?	Contrastar la noción de “bienestar en adultos mayores” de las intervenciones de política social con la propia percepción de la población adulto mayor	En los CIAM analizados no se adopta un espacio institucionalizado de co-gestión del servicio, en el que los propios adultos mayores tengan la posibilidad de ser protagonistas de su “bienestar”. En ese sentido, existe una disociación en los énfasis de las dimensiones del “bienestar”, lo cual evidencia que los CIAM mantienen un enfoque basado en un “buen servicio”
--------------------	---	---	--

5. Metodología

La presente investigación explicativa es un estudio de casos no experimental que cuenta con una metodología cualitativa y se enmarca dentro del paradigma constructivista –el cual responde y deriva de las preguntas y objetivos de la investigación–, puesto que se plantea analizar cómo los distintos actores involucrados interpretan la noción de “bienestar en adultos mayores”, de tal forma que, finalmente, podamos responder a la pregunta principal del estudio. De esta forma, los casos son los adultos mayores que se enmarcan dentro de una política social que aterriza en un servicio público focalizado específicamente en los adultos mayores. El método que nos permitió abordar el fenómeno, entonces, es el de interpretación de la subjetividad enfocado en la fenomenología y las conexiones de sentido. Si bien la información requerida, en mayor medida, para responder a los objetivos del estudio se centran en datos cualitativos, esto no excluye que se hayan utilizado estadísticas para contextualizar o dar sustento a la información que se presenta.

Es importante tener en cuenta que esta investigación no pretende generalizar los hallazgos, pues este es un ejercicio de aproximación a un fenómeno social

complejo que variará de acuerdo a múltiples variables. Sin embargo, es importante tener una noción sobre qué se entiende por “bienestar en adultos mayores”. Por este motivo, se eligió el estudio de casos, ya que implica analizar a profundidad los discursos de “bienestar”, enfatizando en las diferencias y similitudes para tener un conocimiento más amplio, así como también rastrear detalladamente el proceso de implementación del servicio público en dos distritos específicos.

5.1 Ámbito del estudio

La presente investigación se desarrolla en los distritos de Huaral (Huaral, Lima) y Comas (Lima, Lima), ambos distritos de la costa del Perú. De acuerdo con las proyecciones y estimaciones del INEI al 2015, la población total de Comas fue 524 894, mientras que la población de 65 años a más fue alrededor de 39 110; es decir, el 7.45%. En el caso de Huaral, la población estimada era de 100 436 y los adultos mayores de 65 años a más eran 7 645 (7.61%)⁸. Según el Censo Nacional de Población y Vivienda del 2007 del INEI, Comas es un distrito totalmente urbano, mientras que Huaral era 89.21% urbano y 10.79% rural. Sin embargo, en el caso de Huaral es importante notar que la mayor parte de la PEA se concentra en la agricultura con un 25%, mientras que en Comas se concentra en manufactura (15%) y en transportes y comunicaciones (12%). Por otro lado, según el INEI en “Perú en cifras”⁹, al 2009 la pobreza total, en términos monetarios, de Comas era de 22.3% y la de Huaral de 22.1%.

5.2 Justificación de selección de distritos

Se decidió estudiar dos casos distintos (Comas y Huaral), ya que esto permite analizar cómo la intervención del CIAM se lleva a la práctica en dos contextos territoriales distintos –teniendo en cuenta el perfil de su población (P65 y no-P65)–. Si bien los dos distritos seleccionados son de la Costa del Perú, ambos

⁸ Ver: <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/regiones/archivo/limaprovincias2015.pdf>

⁹ Ver: <https://www.inei.gob.pe/>

responden a un criterio de heterogeneidad en la población vinculado al territorio –y las dinámicas que esto implica– y a la pobreza monetaria. La razón principal de la selección de estos distritos es la siguiente. Por un lado, luego del trabajo de campo exploratorio, se pudo observar que ninguno de los asistentes al CIAM Comas pertenecía a Pensión 65 (criterio utilizado en la investigación para discernir entre pobres/no-pobres monetarios), mientras que en CIAM Huaral todos pertenecían también a Pensión 65. En ese sentido, se esperó que las estrategias y enfoques del servicio sean pertinentes al perfil de la población y contexto específico. Además, esta selección de distritos permite que las nociones de “bienestar”, teniendo en cuenta lo multidimensional, sean lo más heterogéneas posibles por las distintas trayectorias y características de los adultos mayores.

5.3 Justificación de selección del servicio público

Se eligió al CIAM como medio para responder los objetivos de investigación por distintos motivos. Por un lado, porque este centro brinda distintos servicios que abordan, justamente, distintas dimensiones del “bienestar”. Así, por ejemplo, el documento de “Pautas y Recomendaciones para el funcionamiento de los CIAM” conceptualiza los principales servicios que se debería de brindar como los educativos, recreativos, de participación ciudadana, socio-legales, deportivos, de salud y de desarrollo de capacidades (MIMDES 2009: 15), los cuales se enmarcan dentro de la Ley del adulto mayor. Es importante tener en cuenta que la creación de los CIAM, gestionados por las municipalidades, se promueve a partir del 2006 mediante la ley del adulto mayor (Ley N° 28803) y, más tarde, se actualiza con la Ley N°30490 del 2016. Si bien se recomienda brindar servicios que respondan a dichos ejes, se brinda margen de libertad a las municipalidades para que gestionen los servicios de acuerdo al contexto y perfil de la población objetivo.

Por otro lado, porque a diferencia de otros servicios públicos destinados a la población adulto mayor como, por ejemplo, el Centro del Adulto Mayor (CAM) y Círculos del Adulto Mayor (CIRAM) –ambos gestionados por Essalud–, para participar en el CIAM solo se requiere tener DNI y aceptar una serie de condiciones de participación¹⁰. En ese sentido, se asume que podría existir mayor heterogeneidad de participantes y, por lo tanto, la posibilidad de captar distintos discursos de “bienestar”.

5.4 Selección de la población objetivo

La población adulta mayor dentro del estudio se define a partir de los 65 años – a pesar de que el artículo 2 de la ley N° 30490 del año 2016 lo considere de 60 años a más–, ya que todos los sistemas de pensión (Sistema Nacional de Pensiones (SNP), el Sistema Privado de Pensiones (SPP) y el programa Pensión 65 otorga beneficios a personas de 65 años a más. En ese sentido, teniendo en cuenta que la seguridad económica forma parte de la noción de “bienestar” en nuestro marco teórico, metodológicamente hemos decidido concentrarnos a partir de 65 años a más.

Parte de la población objetivo de la presente investigación está definida por el Programa Nacional de Asistencia Solidaria (Pensión 65), ya que permite identificar, en base a criterios del SISFOH, la población que se encuentra en pobreza extrema. Si bien esta población no necesariamente participa en las actividades del CIAM; consideramos fundamental incluir la voz de estos actores¹¹. Cabe mencionar, en teoría, el CIAM debe basar su servicio teniendo en cuenta los perfiles de los adultos mayores del distrito. Por otro lado, también se entrevistará a adultos mayores no beneficiarios de Pensión 65 que participan en el CIAM. Esta decisión, al igual que los criterios de selección del

¹⁰ Como se mencionó, a diferencia del CIAM, para poder participar en el CAM y/o el CIRAM es necesario ser pensionista en Essalud (sistema público de salud).

¹¹ En el caso del CIAM Huaral, todos los usuarios son también beneficiarios de Pensión 65. Sin embargo, para el caso de Comas ningún asistente al CIAM pertenece a Pensión 65.

CIAM, responde a que la heterogeneidad de la población permite captar mayor diversidad de discursos sobre el “bienestar en adultos mayores”.

Es importante mencionar que la población adulto mayor que se entrevistó, de acuerdo a la tipología del MIMDES, corresponde a personas independientes y frágiles; es decir, las capaces de realizar sus actividades básicas e instrumentales¹² de la vida diaria independientemente y las que tienen alguna limitación para realizar todas estas actividades (MIMDES 2006: 6). Por otro lado, no se entrevistó a adultos mayores no autovalentes que sufren problemas de salud mental. Así, vinculándolo con nuestro marco teórico, se trabajó con personas de edad cronológica a partir de 65 años y de edad fisiológica que sean independientes y frágiles.

De acuerdo con InfoPensión, de marzo a abril del 2017, la población adulta – definida como mayor de 65 años a más por el programa– beneficiaria a Pensión 65 en Huaral son 812 personas, mientras que en el distrito Comas son 1 490.

Tabla 5.4.1 – Información del padrón bimestral 2017 de Pensión 65 - Huaral

INFORMACIÓN DEL PADRÓN BIMESTRAL 2017 DE PENSIÓN 65 - HUARAL						
	Ene - Feb	Mar - Abr	May - Jun	Jul - Ago	Set - Oct	Nov - Dic
Usuarios Atendidos	809	812	0	0	0	0
Transferencia S/.	202,250.00	203,000.00	0	0	0	0
FUENTE: UPP-PENSION 65						

Tabla 5.4.2 – Información del padrón bimestral 2017 de Pensión 65 - Comas

INFORMACIÓN DEL PADRÓN BIMESTRAL 2017 DE PENSIÓN 65 – COMAS						
	Ene - Feb	Mar - Abr	May - Jun	Jul - Ago	Set - Oct	Nov - Dic
Usuarios Atendidos	1,503	1,490	0	0	0	0
Transferencia S/.	375,750.00	372,500.00	0	0	0	0

¹² Por un lado, se entiende como actividades básicas comer, vestirse, desplazarse, asearse y bañarse. Por otro lado, las actividades instrumentales señaladas son cocinar, limpiar la casa, comprar, lavar, entre otras.

FUENTE: UPP-PENSION 65

ADULTOS MAYORES ENTREVISTADOS EN COMAS

En ese sentido, con respecto a los adultos mayores, se decidió entrevistar de acuerdo a cuotas de sexo –en la medida de lo posible– y según pobreza monetaria –según criterios de Pensión 65–. En total, se logró entrevistar a 15 adultos mayores (7 hombres y 8 mujeres). Si bien se diferenció entre hombres y mujeres, en el desarrollo de la investigación no se ha profundizado al respecto. Es importante recalcar que los beneficiarios de Pensión 65 de Comas no son usuarios del CIAM, por lo que se tuvo que recurrir al Centro de Desarrollo Integral de la Familia (CEDIF) del Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar (INABIF) de la zona de Año Nuevo de Comas.

Tabla 5.4.3 – Adultos mayores entrevistados en Comas

N°	Nombre		Sexo	Edad	Lugar de nacimiento	Estado civil	Grado de estudios
1	Eladio	Asistente al CIAM	H	79 años	Quiches (Sihuas, Ancash)	Casado	Superior completa en contabilidad secretariado
2	Paulina	Asistente al CIAM	M	67 años	Miraflores (Lima, Lima)	Separada	Primaria completa
3	Rolando	Beneficiario de P65	H	74 años	Huacho (Huaura, Lima)	Viudo	Secundaria incompleta
4	Gerónimo	Beneficiario de P65	H	80 años	Ichocán (San Marcos, Cajamarca)	Soltero	Primaria completa
5	Lidia	Asistente al CIAM	M	67 años	Ayacucho (Huamanga, Ayacucho)	Casada	Secundaria completa
6	Luis	Asistente al CIAM	H	72 años	San Martín de Porres (Lima, Lima)	Casado	Secundaria incompleta
7	María	Beneficiaria de P65	M	75 años	Catacaos (Piura, Piura)	Casada	Ninguno

Tabla 5.4.4 – Adultos mayores entrevistados en Huaral

ADULTOS MAYORES ENTREVISTADOS EN HUARAL							
N°	Nombre		Sexo	Edad	Lugar de nacimiento	Estado civil	Grado de estudios
1	Efraín	Asistente al	H	76 años	Carhuaz	Casado	Primaria

		CIAM y beneficiario de P65			(Carhuaz, Ancash)		incompleta
2	Julian	Asistente al CIAM y beneficiario de P65	H	68 años	Carhuaz (Carhuaz, Ancash)	Viudo	Primaria incompleta
3	Elda	Asistente al CIAM y beneficiaria de P65	M	70 años	Lampión (Huaral, Lima)	Casado	Primaria incompleta
4	Lucila	Asistente al CIAM y beneficiaria de P65	H	66 años	Ancash	Casada	Ninguno
5	Claudia	Asistente al CIAM y beneficiaria de P65	M	80 años	Comunidad San Agustín de Huayopampa (Atavillos Bajo, Huaral, Lima)	Casada	Primaria incompleta
6	María	Asistente al CIAM y beneficiaria de P65	M	82 años	Ancash	Casada	Ninguno
7	Victoria	Asistente al CIAM y beneficiaria de P65	M	73 años	-	Viuda	Ninguno
8	Julio	Asistente al CIAM y beneficiario de P65	H	82 años	Casma (Casma, Ancash)	Casado	Primaria incompleta

Por último, se enfocó en las funcionarias de la municipalidad de Comas y de Huaral que gestionan la ejecución del CIAM para analizar cómo el discurso de la política se logra implementar en la práctica y cómo se adapta la noción de “bienestar” en los adultos mayores. Así, las personas entrevistadas (5) fueron las siguientes:

Tabla 5.4.5 – Número de funcionarias municipales entrevistadas

Número de funcionarias municipales entrevistadas		
Funcionarias entrevistadas	Comas (Lima, Lima)	Huaral (Huaral, Lima)
Sub-gerenta de Desarrollo Social/ Promoción Social	1	1
Encargada del CIAM	2	1

5.5 Operacionalización

A continuación, teniendo en cuenta el marco teórico, se retomará la definición de “bienestar” para definir sus dimensiones seleccionadas –de acuerdo a la literatura–, las definiciones operativas para cada dimensión y sus respectivas variables. De esta forma, la operacionalización orientará las guías de entrevistas para obtener información pertinente¹³.

¹³ Luego de iniciar el trabajo de campo y entrevistar a cuatro adultos mayores, se decidió enfatizar en la investigación ciertas dimensiones del bienestar planteadas en la literatura: condiciones materiales, salud, actividades personales y económicas, lazos y relaciones sociales, capacidad de ir por la vida sin sentir vergüenza y seguridad económica.

Concepto	Dimensiones	Definiciones operativas de las dimensiones del concepto	Variables
<p><u>“Bienestar”</u></p> <p>Proceso en la que una persona cuenta con los recursos materiales suficientes que le permite desplegar un conjunto de capacidades –que reflejan libertad y oportunidades de elección– para poder lograr funcionamientos considerados básicos y valiosos (“hacer”) y, por lo tanto, alcanzar una vida valorada por la propia persona (“ser”), teniendo en cuenta el contexto territorial en el que se encuentre.</p>	<p>Condiciones de vida material (ingreso, consumo y riqueza)</p>	<p>Situación en la que la persona cuenta con los recursos económicos suficientes para sostener una vivienda, alimentación, salud, educación y actividades recreativas que considere valiosas. Asimismo, le permite el ahorro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad económica que le permite satisfacer una vivienda y su alimentación. - Capacidad económica para satisfacer servicios de salud, educación y actividades de esparcimiento. - Capacidad para ahorrar dinero.
	<p>Salud</p>	<p>Condición de salud en el que la persona puede realizar las actividades diarias que valora.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estado de salud de la persona.
	<p>Educación</p>	<p>Formación educativa, tradicional o no tradicional, en el que la persona pueda desarrollar capacidades que valora y que le posibilitan ejercer una actividad laboral que le satisfaga económica y emocionalmente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Alfabetización. - Nivel educativo - Posibilidad de acceder a capacitaciones laborales según sus intereses - Cuenta con las capacidades suficientes para desarrollarse en el mercado laboral, sea contratado o independiente.

	Actividades personales y económicas	La persona realiza actividades personales de esparcimiento que valora y considera importantes en su vida.	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de actividades recreativas - Número de horas y días a la semana dedicadas a dichas actividades. - Suficiencia económica para realizar dichas actividades. - Personas con las que realiza dichas actividades. - Limitaciones para realizar dichas actividades.
		La persona realiza una actividad económica que le brinda satisfacción personal y cubra sus condiciones materiales que considera básicas	<ul style="list-style-type: none"> - Cuenta con las oportunidades para ejercer la actividad económica que desea. - Actividad laboral le generan ingresos suficientes. - Respeto de los derechos laborales.
	Participación política	Involucramiento y reconocimiento de la persona dentro de espacios políticos, sean organizados por el Estado o por la sociedad civil.	<ul style="list-style-type: none"> - Cuenta con DNI. - No sufre discriminación por ningún motivo. - Oportunidades de participación en espacios políticos. - Reconocimiento de opiniones de la persona en dichos espacios.
	Lazos relaciones sociales y	Participación activa dentro de un círculo de personas que le brindan una red de apoyo emocional.	<ul style="list-style-type: none"> - Relación con los miembros de su familia. - Relación con sus amigos. - Relación con sus vecinos.
	Seguridad económica	Situación en la que la persona está asegurada a un sistema de pensión, sea público o privada, que le permita	<ul style="list-style-type: none"> - Cuenta con seguro de pensión contributivo o no contributivo. - Cuenta con apoyo económico familiar en

		seguridad económica. La persona cuenta con apoyo económico familiar.	situaciones adversas.
Seguridad física		Situación en la que la persona no se sienta amenazada ni sea maltratada físicamente.	<ul style="list-style-type: none"> - Percepción de amenazas a su seguridad o integridad. - Maltrato físico dentro de la familia. - Maltrato en atención en servicios públicos.
		Situación en la que la persona no haya sido víctima de robo o crimen contra su persona o su propiedad.	<ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia de ser víctima de robo o crimen en contra de su propiedad. - Frecuencia de ser víctima de robo o crimen en contra de su persona.
Capacidad de ir por la vida sin sentir vergüenza		Capacidad de una persona que le permita vivir su vida sin sentir vergüenza o humillación a causa de terceros, sea por cualquier motivo.	<ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia de haber sido tratado injustamente por ser adulto mayor. - Frecuencia de haber sido humillado por ser un adulto mayor. - Frecuencia de haber ha sido discriminado por ser adulto mayor.
Empoderamiento		Capacidad de una persona para participar en la toma de decisiones colectivamente, lo cual implica percibirse a sí mismo con la capacidad y con el derecho a decidir	<ul style="list-style-type: none"> - Está organizado en una acción colectiva con los demás adultos mayores. - Negocia con sus pares y con la municipalidad sobre el contenido de la intervención social. - Existe reconocimiento de la voz de los adultos mayores desde la municipalidad.

5.6 Técnicas de recojo de información

Por un lado, el instrumento principal para el recojo de información fue la entrevista semi-estructurada. En ese sentido, se diseñaron 2 guías de entrevistas: una dirigida a las responsables del CIAM y sub-gerentas y otra para las personas adultas mayores (ver anexo 1 y 2). En todos los casos, antes de las entrevistas se hizo conocimiento a los informantes sobre el tema de investigación y se pidió permiso para grabar el audio. Por otro lado, también se realizó análisis de contenido de información secundaria: leyes, planes de trabajo y documentos referidos a intervenciones específicas para la población adulto mayor.

Con respecto al trabajo de campo, las entrevistas semi-estructuradas se aplicaron del 14 al 18 de noviembre en Comas y se retomó en abril 18 hasta el 20, mientras que en Huaral se realizó del 15 al 21 de mayo.

5.7 Reflexiones sobre las principales limitaciones de la investigación

Considero que hubo ciertas limitaciones dentro de la investigación que deben ser esclarecidas. En primer lugar, no se pudo recoger la voz de todos los adultos mayores según la tipología del MIMP (MIMDES 2006: 6), ya que no se entrevistó a adultos mayores dependientes por la dificultad de ubicarlos y por lo difícil que es acceder a una entrevista con ellos. En segundo lugar, la Municipalidad Provincial de Huaral todavía se encontraba en proceso de implementación del servicio durante la investigación, por lo que se analizaron las actividades que se estaban realizando temporalmente y el plan de trabajo, de tal forma que, probablemente, haya cambios importantes. En tercer lugar, todos los adultos mayores de Pensión 65 entrevistados en Comas fueron ubicados mediante el CEDIF del INABIF; sin embargo, lo ideal hubiera sido no depender de una institución para ubicar a parte de la población objetivo.

6. Caracterización de intervenciones de política del Estado a favor del adulto mayor

En el presente capítulo se hará una revisión histórica de las principales intervenciones de política promovidas por el Estado peruano a favor de la población adulto mayor. Sin embargo, para ello es pertinente primero contextualizar brevemente la discusión de la situación de los adultos mayores a nivel internacional, puesto que existieron distintas reuniones internacionales con el propósito de tener repercusión en las políticas públicas de distintos países.

La transición demográfica es un proceso que consiste, principalmente, en cambios en los niveles de fecundidad y mortalidad que tiene como consecuencia la disminución del porcentaje de la población joven y el aumento de las edades avanzadas (Viveros 2001: 13). Este fenómeno demográfico ha sido de vital importancia para la discusión internacional del envejecimiento poblacional, pues se hizo necesario discutir sobre políticas públicas centradas en esta etapa del ciclo de vida y sus particularidades.

La Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento organizado por la Organización de Naciones Unidas (ONU) se dio en 1982 con el propósito de *“iniciar un programa internacional de acción encaminado a garantizar la seguridad económica y social de las personas de edad, así como oportunidades para que esas personas contribuyeran al desarrollo de sus países”* (ONU 1982: S/N). Esta asamblea dio como resultado el “Plan de acción internacional de Viena sobre el envejecimiento” (Plan de Viena), en el cual se hace referencia a la transición demográfica que están pasando los “países en regiones en desarrollo” y la necesidad de generar políticas públicas dirigidas a esta población. Así, se plantean los principios orientadores basados en los derechos humanos y recomendaciones para la acción en materia política

pública. Las dimensiones priorizadas en las recomendaciones de este plan son la salud y nutrición, la protección de los consumidores ancianos, la vivienda y medio ambiente, la familia, el bienestar social, la seguridad de ingreso y empleo y, por último, la educación.

Luego, en 1991, la Asamblea General de las Naciones Unidas plantea los “Principios de las naciones unidas en favor de las personas de edad” para los países que conforman la ONU. En este documento se destaca la importancia ciertos principios, vinculados con el Plan de Viena, como la independencia de la persona de edad, su participación en la sociedad, los cuidados, la auto-realización y la dignidad.

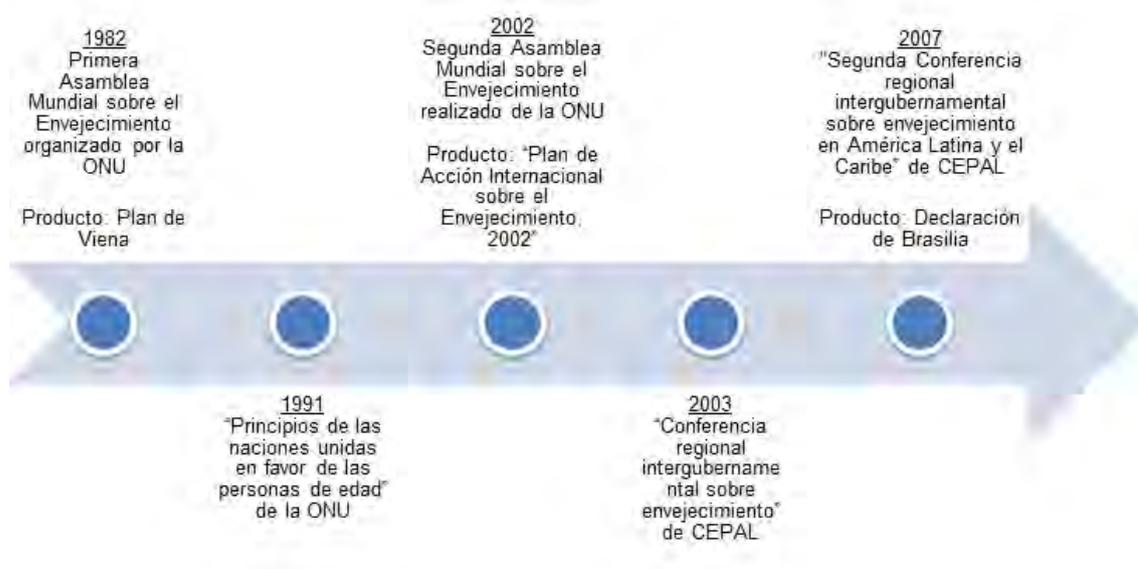
A inicios del siglo XXI, se realizó la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento realizado (2002) de la ONU. El producto de la discusión fue el “Informe de la segunda asamblea mundial sobre envejecimiento”, en el cual se señala la necesidad de renovar un plan para enfrentar los retos del nuevo siglo. Según el informe, el objetivo es *“ofrecer un instrumento práctico para ayudar a los encargados de la formulación de políticas a considerar las prioridades básicas asociadas con el envejecimiento de los individuos y de las poblaciones”* (ONU 2002: 7). En ese sentido, se plantea la “Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, 2002”, en el cual se proponen 3 ejes principales para abordar a los adultos mayores desde las políticas públicas: las personas de edad y el desarrollo, la promoción de la salud y el bienestar en la vejez y el logro de entornos emancipadores y propicios. Cada uno de estos ejes tiene sus propios objetivos generales y específicos.

Posteriormente, en el 2003, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) organizó la “Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento: hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento”, el cual tuvo como objetivo evaluar los logros del último plan vigente, identificar los retos y las oportunidades para los próximos 5 años. Este evento fue fundamental, ya que fue la primera reunión internacional en América

Latina y el Caribe en el que se ponía en agenda la vejez. Así, con participación de Perú, se plantea una estrategia regional con metas generales y específicas para cada eje prioritario, así como los mecanismos de seguimiento y evaluación.

En el 2007 se realizó la “Segunda Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe: hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos” que dio como resultado la “Declaración de Brasilia”, la cual reafirma el compromiso de los países asistentes, entre ellos Perú, con los adultos mayores. Por último, en el 2012 se realizó la “Tercera Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe”, en la que se examinó los logros en los compromisos de la “Declaración de Brasilia” y que produjo, nuevamente, un compromiso entre los países que se describen en la “Carta de San José: sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe”.

Gráfico 6.1 Discusiones a nivel internacional sobre los adultos mayores y el envejecimiento



Ya habiendo contextualizado brevemente las discusiones internacionales sobre la vejez, pasaremos a sistematizar las principales intervenciones de política promovidas por el Estado a favor de los adultos mayores, enfatizando normas, intervenciones e instrumentos. De acuerdo con Viveros, *“lo cierto es que en América Latina y el Caribe sólo se perciben algunos esfuerzos parciales y el tema se asume en los respectivos países con mayor fuerza a partir de 1999, “Año Internacional de las Personas de Edad” (2001: 12).* El caso de Perú no es la excepción, por lo que se hará el análisis teniendo en cuenta el contexto político.

En el caso peruano, el primer plan nacional dirigido a la PAM se aprobó el 6 de julio del 2002 mediante el Decreto Supremo N° 005-2002-PROMUDEH, el cual se llamó “Plan Nacional para las personas adultas mayores 2002-2006” elaborado por el entonces Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano (PROMUDEH)¹⁴. Es importante mencionar que, desde en este plan, ya se propone un marco conceptual en el que se considera, implícitamente, que la vejez tiene dimensiones biológicas y sociales. Por un lado, se hace referencia a los cambios biológicos consecuencia de la edad cronológica y fisiológica. Por otro lado, se rescata lo social en relación con la adaptación a su etapa en el ciclo de vida y los estereotipos sobre la vejez. De acuerdo con el PROMUDEH, *“los cambios que se producen en la vejez no se deben exclusivamente al proceso biológico normal e irreversible, hasta ahora, de envejecimiento sino a la combinación de varios otros factores interrelacionados, tales como la pérdida prematura de aptitudes funcionales por desuso, las enfermedades agudas y crónicas, la marginación social [...]” (2002: S/N).*

Es importante mencionar que en la sección “el contexto sociocultural de la Persona Adulta Mayor en el Perú” se hace hincapié en las características diferenciadas en el caso de hombres y mujeres durante el envejecimiento. Es decir, se tiene en cuenta su mayor vulnerabilidad, así como la mayor cantidad de mujeres en vejez. Más adelante se propone una tipología de las personas

¹⁴ Ver: <http://www4.congreso.gob.pe/comisiones/2002/discapacidad/ds/005-2002-promudeh.htm>

adultas mayores en función de su “capacidad funcional”: persona adulta mayor autovalente (capaz de realizar sus actividades diarias de manera autónoma), persona adulta mayor frágil (tiene algún tipo de disminución del estado fisiológico) y persona adulta mayor dependiente (estado fisiológico no le permite realizar sus actividades de manera autónoma).

Con respecto a las políticas específicas del plan, se proponen 4 ejes principales que son formulados bajo el referente del documento “Lineamientos de política para las personas adultas mayores” del 2000: 1) envejecimiento saludable, 2) empleo, provisión y seguridad social, 3) participación e integración social y 4) educación, conciencia y cultura sobre el envejecimiento y la vejez. Cada uno de estos tiene sus propios objetivos generales y específicos y se definen los sectores involucrados; sin embargo, no se plantean intervenciones específicas ni metas claras que permitan verificar una mejora en el bienestar de los adultos mayores. Finalmente, el documento finaliza con la sección de “Seguimiento y evaluación del plan”, en el que se menciona que el PROMUDEH, como ente rector de la política nacional de los adultos mayores, debe coordinar con el INEI para diseñar una base de datos sobre la población adulta mayor para obtener información sobre cómo evoluciona su bienestar¹⁵. Asimismo, que debe conformar una Comisión Nacional de Seguimiento y Evaluación de carácter multisectorial para verificar el desarrollo del plan¹⁶.

Un aspecto a tomar en cuenta dentro de este plan nacional es que se brinda protagonismo a los gobiernos regionales y locales en la gestión de las intervenciones. Esto, debido a que, a partir de la huida del país del expresidente Fujimori (noviembre de 2000), se inició un periodo de transición democrática, en el que la descentralización emergió como un tema de consenso entre partidos e instituciones nacionales (USAID 2011: 17). Así, en el 2002 se promulgó la ley de bases de la descentralización N° 27783. De esta

¹⁵ La base de datos para obtener información sobre la PAM fue la ENAHO. El INEI desde el 2005, produce boletines trimestrales sobre la situación del adulto mayor en el Perú

¹⁶ Sin embargo, recién en el 2003 por medio de la Resolución Ministerial N° 332-2003-PCM se crearía la Comisión Multisectorial, adscrita al MIMDES, para la implementación, seguimiento y evaluación del plan.

forma, como se verá en los demás planes e intervenciones, las municipalidades son los encargados de ejecutar de la mayoría de las intervenciones sociales.

En el 2002 hubo una reorganización de funciones de los ministerios mediante la ley N° 27779, por lo que el PROMUDEH se transformó en el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES). De esa forma, en el 2005 por medio de la Resolución Ministerial N° 156-2005-MIMDES se crean los “Lineamientos de política para la prevención del maltrato y defensa de los derechos de las personas adultas mayores”. Ya en el 27 de junio del 2006 se elaboró un nuevo “Plan Nacional para las personas adultas mayores 2006-2010” por el MIMDES, teniendo en cuenta los documentos anteriores.

Este nuevo plan contiene los mismos 5 lineamientos de política que el anterior y se añade el punto 6: *“la creación de un entorno social favorable para personas adultas mayores que potencien su desarrollo y favorezcan el ejercicio de sus derechos”* (MIMDES 2006: 21). Se mantienen los 4 ejes principales de política del 2002-2006; sin embargo, se modifican y añaden distintas medidas para el cumplimiento de los objetivos. También se adiciona una nueva estrategia para poder cumplir el plan 2006-2010: *“Elaboración, implementación, ejecución e incorporación en los Presupuestos, Planes de Desarrollo Concertado, Planes Estratégicos Institucionales y Planes Operativos Institucionales de todas las Instituciones responsables de las medidas contenidas en el Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2006-2010”* (2006: 38). Esto resulta fundamental, puesto que denota el intento para la institucionalización del proceso de descentralización en el país, reconociendo las competencias y la importancia que cumplen los distintos niveles de gobierno. Esto tiene incidencia en cómo se gestionan los servicios públicos dirigidos a la población adulto mayor, pues permitiría, en teoría, definir un modelo de gestión más pertinente de acuerdo a la realidad social de cada territorio. Sobre el seguimiento y evaluación del plan, se designa a la Comisión Multisectorial la responsabilidad de la implementación, ejecución y seguimiento del plan. Además, el MIMDES, conjuntamente con el INEI, mantiene el compromiso de generar información sobre esta población.

Es fundamental mencionar que un mes después del PLANPAM 2006-2010, precisamente el 19 de julio 2006, se promulgó la primera ley de las personas adultas mayores en el Perú (Ley N° 28803). La población adulto mayor, entonces, recibe un marco normativo que le garantiza mecanismos legales para el ejercicio de sus derechos. Entre otras cosas, este documento define a la PAM a todas aquellas personas que tengan 60 años o más, plantea los derechos de la persona adulta mayor, los deberes del Estado y de la familia y se promueve explícitamente la creación de los “Centros Integrales de Atención de la Persona Adulta Mayor” (CIAM) en las municipalidades provinciales y distritales.

En diciembre del 2009, el MIMDES publica las “Pautas y recomendaciones para el funcionamiento de los Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor (CIAM)” que se elaboró junto con el Ministerio de Salud (MINSA), Ministerio de Educación (MINEDU), Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MINTRA), Seguro Social de Salud (EsSalud) y distintas organizaciones de la sociedad civil representantes de adultos mayores (MIMDES 2009: 5). En este documento se presentan los lineamientos sobre las principales características del CIAM y algunas recomendaciones para su implementación, puesto que no existe documento que defina al CIAM: corresponde a cada municipalidad teniendo en cuenta la realidad local. De acuerdo al MIMDES, los *“servicios [brindados por el CIAM] deben enfocarse según la diversidad cultural y de género, atendiendo a las necesidades y características de las personas adultas mayores, involucrando a la familia en un rol activo”* (2009: 14).

Un hito importante en las políticas sociales en el Perú se produjo en octubre del 2011, pues a través de la Ley N° 29792 se creó el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), organismo *“cuyo objetivo principal es mejorar la calidad de vida de la población en situación de vulnerabilidad y pobreza, promover el ejercicio de sus derechos, el acceso a oportunidades y al*

*desarrollo de sus propias capacidades*¹⁷. Por otro lado, en enero del 2012 el MIMDES pasó a denominarse Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) a partir del Decreto Legislativo N° 1098.

En abril del 2013, el MIDIS desarrolla la “Estrategia Nacional De Desarrollo e Inclusión Social” (Incluir para crecer) aprobada por medio del Decreto Supremo N° 008-2013-MIDIS. Esta estrategia, que se basa en el marco de la gestión por resultados, tiene como objetivo “la inclusión de los grupos poblacionales que no se han beneficiado del crecimiento del país” (MIDIS 2014: 6). Es decir, la “población en proceso de desarrollo e inclusión social” (PEPI)¹⁸. Para cumplir dicho objetivo se enfatiza la necesidad de articular “las diferentes intervenciones de los sectores y niveles de gobierno, que contribuyen de una manera eficiente y efectiva al logro de resultados sobre la población” (MIDIS 2014: 7). Una característica importante de la estrategia es que parte de un enfoque del ciclo de vida, en el que se plantean 5 etapas estratégicas: 1) nutrición infantil (0-3 años), 2) desarrollo infantil temprano (0-5 años), 3) desarrollo integral de la niñez y la adolescencia (6-17 años), 4) inclusión económica (18-64 años) y 5) protección del adulto mayor (65 años a más). Cada uno de los ejes mencionados es planteado con su respectivo modelo lógico, estableciendo los sectores involucrados, productos, resultados inmediatos, resultados intermedios y resultado final. Asimismo, se proponen indicadores verificables empíricamente, líneas de base en caso existieran y metas al 2016. Para el caso de los adultos mayores, en su modelo lógico se enfatiza la seguridad económica, el acceso a servicios de salud de calidad y las redes de apoyo social para lograr el “bienestar y protección social de la persona mayor de 65 años a más”.

Meses más tarde, en junio del 2013, se aprobó por Decreto Supremo N° 002-2013-MIMP el tercer plan nacional para la PAM: “Plan Nacional de Personas

¹⁷ Ver: <http://www.midis.gob.pe/index.php/es/nuestra-institucion/sobre-midis/quienes-somos>

¹⁸ La PEPI se identifica a partir de hogares que cumplan con mínimo 3 de las 4 circunstancias consideradas asociadas históricamente con la exclusión en el Perú.

Ver: <http://www.midis.gob.pe/files/estrategianacionaldedesarrolloeinclusinsocialincluirparacrecer.pdf>

Adultas Mayores 2013-2017” (PLANPAM 2013-2017), el cual se enmarca dentro de la estrategia nacional “Incluir para crecer”. El objetivo del plan es *“Mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores mediante la satisfacción integral de sus necesidades, su participación activa y la promoción de sus derechos, desarrollando intervenciones articuladas entre los distintos niveles del Estado y la sociedad civil”* (MIMP 2013: 40). Se plantean los mismos 4 lineamientos de política que orientaron los planes anteriores: 1) envejecimiento saludable, 2) empleo, previsión y seguridad social, 3) participación e integración social y 4) educación, conciencia y cultura sobre el envejecimiento y la vejez (MIMP 2013: 4). Estos lineamientos, según el documento, fueron establecidos en coordinación con los 26 gobiernos regionales, los sectores del Estado, organizaciones de la sociedad civil que trabajan con la PAM y representantes de las propias personas adultas mayores.

De acuerdo al MIMP, a diferencia del PLANPAM 2006-2010, el actual plan establece las funciones y responsabilidades de cada nivel de gobierno (nacional, regional y local) y ha adoptado el enfoque de “gestión por resultados” aprobado por Decreto Supremo N° 004-2013-PCM (MIMP 2013: 5). De esta forma, el MIMP tiene un rol rector y articulador con distintos actores públicos y privados, mientras que los gobiernos regionales y locales tienen a cargo la gestión y ejecución de las intervenciones para la PAM.

Asimismo, es importante mencionar que, por primera vez, se manifiesta explícitamente los enfoques que orientan las acciones de un PLANPAM. En primer lugar, se menciona el enfoque de derechos humanos que se plantea con el objetivo de *“comprender que las personas mayores son sujetos de derecho, y que por lo tanto disfrutan de un nivel de ciudadanía que les brinda garantías y responsabilidades respecto de sí mismas, su familia, su sociedad, su entorno inmediato y las futuras generaciones”* (MIMP 2013: 18). En ese sentido, se busca generar una sociedad inclusiva para este grupo poblacional: “una sociedad para todas las edades”. En segundo lugar, está el enfoque de igualdad de género que se propone con el objetivo de *“modificar las relaciones*

de poder que afectan a las mujeres, cuestionando toda forma de dominación y de discriminación que esté basada en las características físicas sexuales de las personas, erradicando además toda forma de violencia basada en el género” (MIMP 2013: 19). En tercer lugar, se plantea el enfoque de interculturalidad que se define como *“el reconocimiento y respeto de la diversidad cultural para la construcción de una sociedad integrada”* (MIMP 2013: 20). Por último, se propone un enfoque intergeneracional, el cual se promueve el fortalecimiento de las relaciones intergeneracionales en un marco de igualdad de derechos (MIMP 2013: 20).

En el 2014, mediante la resolución ministerial N° 328-2014-MIMP, se aprueban los “Lineamientos de política para la promoción del buen trato a las personas adultas mayores”, el cual tiene como objetivo general “la promoción del buen trato sobre la base de respeto y protección a sus derechos fundamentales, priorizando el respeto a su dignidad, autonomía, cuidado y no discriminación de las mismas”¹⁹. En este documento se plantean las pautas generales y recomendaciones para la acción para los tres niveles de gobierno, entidades públicas, privadas y organizaciones de la sociedad civil.

Finalmente, el 21 de julio de 2016, el Congreso de la República aprobó la Ley N° 30490: “Ley de la persona adulta mayor”. En esta se modifican específicamente 9 artículos de la Ley N° 28803, las cuales hacen referencia a los deberes de la familia, beneficios, Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor (CIAM), atención integral en materia de salud, programas de capacitación para la generación de ingresos, uso del tiempo libre, acceso a instalaciones públicas y privadas, transporte público y personas adultas mayores en situación de riesgo o indigencia. Asimismo, se modifican y añaden disposiciones complementarias y finales. Sin embargo, se mantienen las mismas dimensiones de “bienestar” y objetivos generales que la ley promueve.

A continuación, se describirá brevemente las principales intervenciones dirigidas directamente a la PAM, teniendo en cuenta sus objetivos, los actores

¹⁹Ver: https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgfc/diapam/rm_328_2014_mimp.pdf

involucrados, enfoques e instrumentos de seguimiento y evaluación. Es importante recalcar que los programas y servicios sociales, así como los centros de atención se enmarcan dentro de las normas vigentes mencionadas anteriormente.

La primera intervención social focalizada en los adultos mayores, de acuerdo con EsSalud, es el Centro del Adulto Mayor (CAM) creado en 1982. Este es concebido como un espacio de encuentro de adultos mayores con el objetivo de aumentar el bienestar mediante talleres o programas de soporte familiar, intergeneracional, sociocultural, recreativo, productivo y envejecimiento activo (2012: 59). La gestión del CAM, se basa en una cogestión entre los afiliados al centro –organizados mediante el Comité de Coordinación– y el encargado del CAM, quienes definen las actividades y manejan el financiamiento (Seguro Social de Salud 2012: 83-82). Actualmente, las actividades que brinda el CAM se constituyen por 4 ejes: estilos de vida para un envejecimiento activo, intergeneracional, red de soporte familiar y microemprendimientos. En ese sentido, cada CAM tiene la responsabilidad de proponer las actividades que respondan a dichos ejes. Los que enfoques orientan este centro son el enfoque de derechos, envejecimiento activo, diversidad cultural y género. De acuerdo con Olivera y Clausen, *“todos estos servicios son gratuitos; sin embargo, los únicos que pueden tener acceso a los mismos son los pensionistas de ESSALUD (sistema público) cuya edad supere los 60 años”* (2013: 48). Es decir, se trata de un servicio focalizado a una población específica. Es importante tener en cuenta que los mismos autores mencionan que aproximadamente, en el 2011, el 29.9% de la población mayor de 65 años no cuenta con ningún tipo de seguro de salud (2013: 22). Por último, existe un proceso de evaluación a cargo de la Subgerencia de Protección del Adulto Mayor del CAM, en el que se aplica una ficha para medir solamente el nivel de satisfacción de acuerdo a la percepción del afiliado.

Los Círculos del Adulto Mayor (CIRAM) son otros servicios brindados por EsSalud para los adultos mayores asegurados, los cuales son organizados en asociaciones en zonas geográficas en donde no existe un CAM. En estos

centros se desarrollan actividades orientados en talleres ocupacionales, talleres artísticos, talleres de cultura física, talleres de autocuidado, turismo social y actividades socio-culturales²⁰. Sin embargo, no existe mayor información detallada sobre este servicio.

En el 2012, mediante el Decreto Supremo N° 081-2011-PCM, se creó el “Programa Nacional de Asistencia Solidaria” (Pensión 65) a cargo del MIDIS. Este es un programa de pensiones no contributivas que se focaliza en la PAM de 65 años a más que se encuentran en extrema pobreza –según criterios del Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH)– que no cuentan con una pensión ni son beneficiarios de otros programas sociales –excepto SIS y PRONAMA–²¹. La subvención económica que se brinda consiste en 250 soles bimensuales por persona con el objetivo de brindar seguridad económica que contribuya al bienestar. Existen 2 modalidades de entrega de la subvención: en una agencia del Banco de la Nación o por medio de transportadoras. Para lograr sus objetivos, el programa se implementa mediante los gobiernos regionales y locales con apoyo de los promotores. Asimismo, distintas entidades en coordinación con el MIDIS han realizado distintas evaluaciones de impacto de carácter cuantitativo como, por ejemplo, “Evaluación de impacto del programa Pensión 65: Nueva evidencia causal de las pensiones no contributivas en Perú” de Innovations for Poverty Actions (IPA)²².

Complementariamente a Pensión 65, el MIDIS ha impulsado “Saberes productivos”, mediante la resolución suprema N° 001-2015-MIDIS, el cual tiene como objetivo “la revalorización de esta población vulnerable, a través del reconocimiento de los saberes que portan, que en muchos casos se están perdiendo y pueden ser transmitidos a las nuevas generaciones” (MIDIS 2013: 2). De esta forma, se realizan distintas actividades intergeneracionales para la integración social y, consecuentemente, la mejora de la calidad de vida del adulto mayor.

²⁰ Ver: <http://www.essalud.gob.pe/adulto-mayor/>

²¹ Ver: <http://www.midis.gob.pe/dgsye/data1/files/enic/eje5/documento-tecnico/PENSION65.pdf>

²² Ver: http://www.midis.gob.pe/dmdocuments/Evaluacion_de_Impacto_Pension_65.pdf

De acuerdo con la “Guía básica de atención integral para las personas adultas mayores en centros residenciales” del MIMP²³ del 2012, el objetivo general de los Centros de Atención Residencial para Personas Adultas Mayores (CARPAM) es *“ofrecer una óptima atención con enfoque integral e interdisciplinario a todos los residentes, abordando lo biológico, psicológico y social, orientado a la promoción, prevención, asistencia, rehabilitación y desarrollo humano”* (2012: 6). De acuerdo con el Decreto Supremo 009-2010 MIMDES, esta guía se aplica a todos los centros de atención residencial para adultos mayores a nivel nacional, sean públicos o privados. Los enfoques que orientan los centros son el enfoque de derechos, de género, intercultural con valoración positiva del envejecimiento, intergeneracional y geronto-geriátrico. El documento guía hace una diferenciación entre los centros de los tipos de atención “básica” y “especializada”, teniendo en cuenta si el adulto mayor tiene un estado autovalente, frágil o dependiente. Así, estos centros residenciales intervienen mediante distintas actividades en la dimensión social, psicológica, nutricional y de salud. No obstante, no hace referencia a instrumentos de seguimiento y evaluación, sino que se limita a mencionar que se supervise el cumplimiento de las actividades.

Con respecto al Programa Nacional Vida Digna (PNVD), creado mediante decreto supremo N° 006-2012-MIMP en el 2012, este tiene como objetivo “restituir y proteger los derechos de las personas adultas mayores en situación de calle, entendiéndose por éstos a los mayores de 60 años, que habitan permanentemente en las calles de la ciudad, pernoctan en lugares públicos o privados, no cuentan con vínculos familiares, ni apoyo de redes sociales y no participan en ningún programa social” (MIMP 2013: 4). Este programa está articulado con otros programas vinculados a la PAM como el Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar (INABIF), así como con los gobiernos locales y distintos ministerios como, por ejemplo, el Ministerio de Salud (MINSA) y Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (MINJUS). Según el Decreto Supremo N° 006-2012, “Vida Digna” brinda los servicios de alojamiento

²³ Ver: http://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/Boletin_CARPAM.pdf

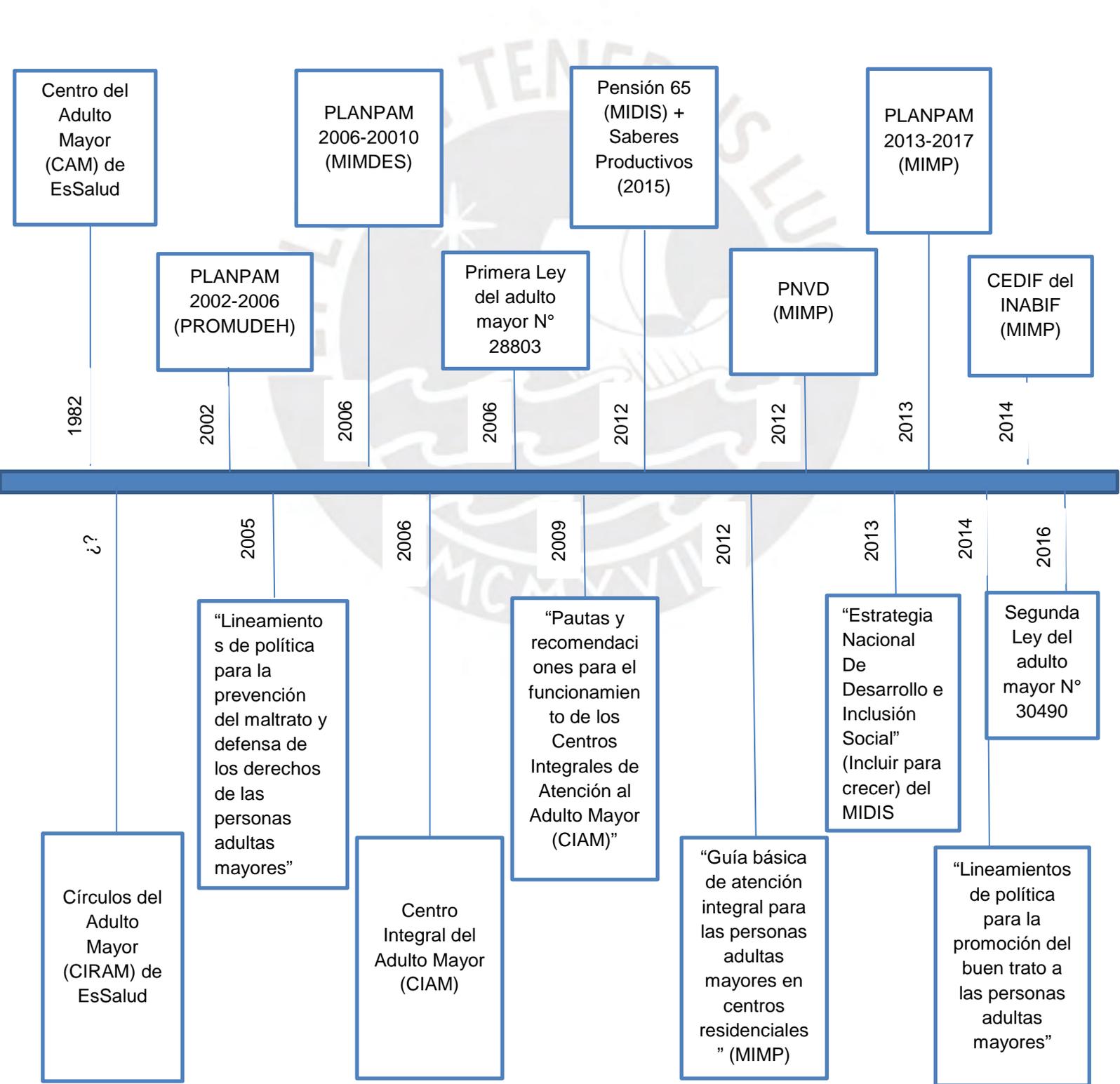
–en un CARPAM mediante un convenio–, alimentación completa, vestimenta y otros servicios para complementar la atención del centro residencial. En caso la persona se niega a ingresar a este último, existe la posibilidad de alojamiento nocturno. Si bien no se menciona explícitamente los enfoques que orientan este programa, se entiende que se basa en un enfoque de derechos. Por último, según la Oficina de Monitoreo y Evaluación de Políticas del MIMP, los únicos indicadores que se toman son la 1) población atendida según sexo y grupos de edad y 2) población atendida según región²⁴.

Otra intervención social del MIMP son los “Centros de Desarrollo Integral de la Familia” (CEDIF) creados mediante la resolución de la dirección ejecutiva N° 00096 en el 2014. El CEDIF forma parte de los “Servicios de protección y Desarrollo Familiar” del “El Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar” (INABIF). Dentro de los CEDIF se encuentran los “Clubes del Adulto Mayor”, dirigido a personas de 60 años a más en situación de pobreza, pobreza extrema o abandono familiar. De acuerdo con Olivera y Clausen, la finalidad de los clubes es proporcionar un conjunto de actividades de recreación y esparcimiento para elevar la autoestima y mejorar la calidad de vida (2013: 49). Sin embargo, no existen documentos en los que se señalen las actividades o lineamientos. Otro servicio que brinda este centro es el comedor, en el que se ofrece apoyo alimentario a bajo precio de manera temporal.

Por último, tenemos al CIAM (promovido desde el 2006), el cual será analizado a profundidad en el siguiente capítulo, en tanto sea el servicio en el que nos centraremos en la investigación.

²⁴ Ver: <http://www.mimp.gob.pe/omep/indicadores-pnvd.php>

Gráfico 6.2 Normas e intervenciones peruanas dirigidas a la población adulto mayor

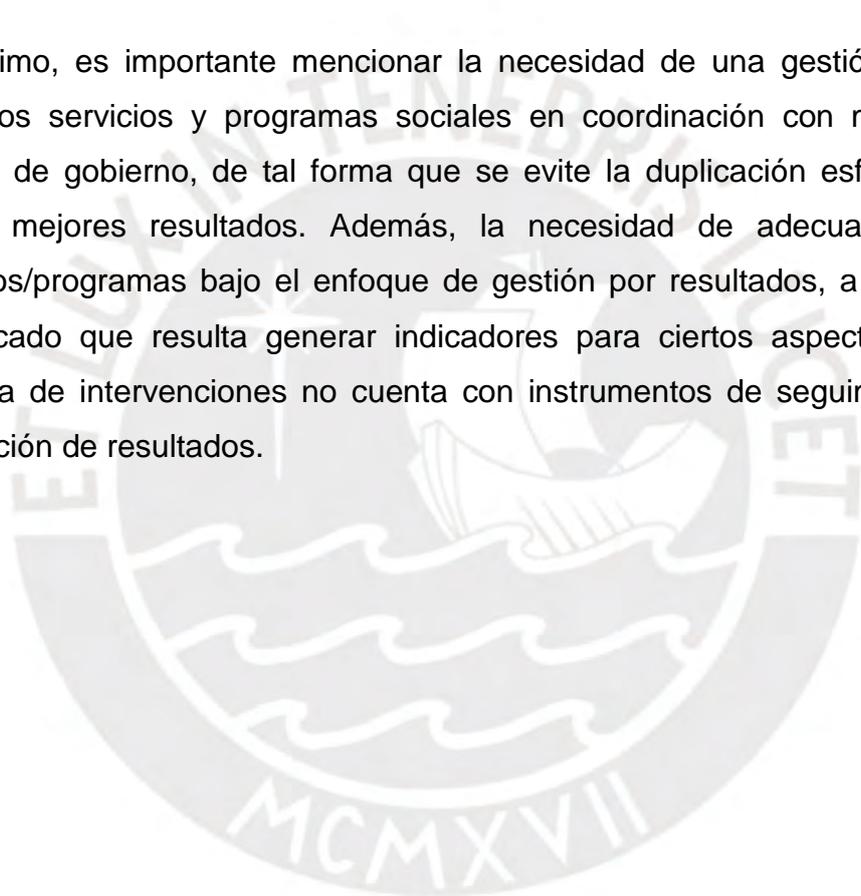


Teniendo nuestra línea de tiempo de normas e intervenciones, una observación importante es que, durante 24 años (82-06), la única intervención focalizada en los adultos mayores fue el CAM de EsSalud. Durante los 90's, no hubo ninguna intervención social dirigida a este grupo de edad, ya que las políticas sociales se orientaron a atender las necesidades más inmediatas en salud, educación y alimentación de los grupos más afectados por las medidas del ajuste económico aplicadas por el gobierno de Fujimori (Estrada 2008: 1). Sin embargo, a partir de los 2000, podemos notar mayor atención en los adultos mayores, sobre todo a partir del 2012. Dos hitos importantes dentro de la gestión de las intervenciones sociales es el proceso de descentralización emprendido en el 2002 y el proceso de reforma y modernización del Estado (gestión por resultados 2007), pues, actualmente, todas las intervenciones (salvo el CAM, CIRAM y CEDIF) son gestionadas por las municipalidades. Es fundamental tener en cuenta esto, ya que, precisamente, el CIAM es un servicio que se basa en la capacidad de las municipalidades para gestionar una intervención flexible.

A modo de conclusión del capítulo, hemos visto que el debate sobre el envejecimiento poblacional en las políticas públicas tomó fuerza a partir de 1982 mediante la Primera Asamblea internacional de las Naciones Unidas; sin embargo, recién a partir del 2003 se realizaron estrategias regionales para América Latina y El Caribe por medio de CEPAL. A partir del año 2002, en el Perú se crea el primer Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores y, posteriormente, la ley del adulto mayor (2006 y 2016) y distintos esfuerzos para articular sectores e intervenciones como los lineamientos de política y estrategias como "Incluir para Crecer". Con respecto a las intervenciones específicas, si bien existen distintos esfuerzos para abordar distintas dimensiones del "bienestar", es importante resaltar que, de acuerdo a evidencia

empírica, existen dimensiones valoradas que no son atendidas directamente como, por ejemplo, el ámbito laboral (tanto en oportunidades como calidad) y las relaciones intra-familiares. Asimismo, un aspecto fundamental es el contexto político durante dichos años, ya que nos encontramos en una etapa de transición de un Estado centralista a uno descentralizado, lo cual supone consecuencias en los tipos y formas de intervención y la capacidad de las municipalidades para gestionarlas.

Por último, es importante mencionar la necesidad de una gestión articulada entre los servicios y programas sociales en coordinación con ministerios y niveles de gobierno, de tal forma que se evite la duplicación esfuerzos y se logren mejores resultados. Además, la necesidad de adecuar todos los servicios/programas bajo el enfoque de gestión por resultados, a pesar de lo complicado que resulta generar indicadores para ciertos aspectos, pues la mayoría de intervenciones no cuenta con instrumentos de seguimiento ni de evaluación de resultados.



7. Análisis del proceso de implementación de la política social en las municipalidades distritales: el caso de los Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor (CIAM)

Los documentos vigentes que configuran el CIAM son la Ley N° 30490, el PLANPAM 2013-2017 y el documento “Pautas y recomendaciones para el funcionamiento de los Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor (CIAM)”. Sin embargo, es fundamental tener en cuenta que, de acuerdo a este último documento, ni la ley del adulto mayor ni su reglamento definen cómo deben ser los CIAM (MIMP 2009: 9). Es decir, solamente se plantean los lineamientos generales para que, finalmente, las municipalidades implementen distintas actividades, teniendo en cuenta la realidad local, perfil de la población adulto mayor de la jurisdicción, recursos de la municipalidad y la participación de la sociedad civil organizada de adultos mayores (2009: 8). Esta flexibilidad que enmarca normativamente la gestión del servicio público es fundamental, ya que, así, se posibilita la incorporación de los propios adultos mayores para implementar el servicio de acuerdo a las capacidades que valoran, teniendo en cuenta sus propias características. En pocas palabras, siguiendo la línea del desarrollo humano y el enfoque territorial, para empoderar a los mismos adultos mayores y sean los protagonistas de su propio “bienestar” mediante la acción colectiva. En ese sentido, en este capítulo se analizará cómo se traducen estos lineamientos generales en la implementación del servicio.

De acuerdo con el capítulo 2 de la Ley de la persona adulta mayor vigente, los CIAM, promovidos por el MIMP, *“son espacios creados por los gobiernos locales, en el marco de sus competencias, para la participación e integración social, económica y cultural de la persona adulta mayor, a través de la prestación de servicios, en coordinación o articulación con instituciones públicas o privadas; programas y proyectos que se brindan en su jurisdicción a*

favor de la promoción y protección de sus derechos” (2016: S/N). Se plantea, entonces, que la gestión del servicio a cargo de las municipalidades tiene que ser articulado a nivel intersectorial e intergubernamental, así como con el sector privado. Sin embargo, no se menciona explícitamente hasta qué punto los mismos adultos mayores tienen incidencia sobre la prestación de servicios, tanto en su contenido, reglas y procedimientos. Es decir, se conciben bajo la lógica de receptores pasivos. Según Maldié, *“el enfoque del desarrollo territorial, al reconocer el protagonismo de los actores locales en manejar su propio desarrollo, legitima el hecho de que los proyectos han de ser negociados con estos mismos actores locales”* (2012: 80). Esta idea es fundamental, teniendo en cuenta nuestro marco de desarrollo humano, en el que se reconoce que no existe una única forma de concebir el “desarrollo” y el “bienestar”; por lo tanto, los mismos adultos mayores, en teoría, deberían tener incidencia en las negociaciones para implementar el servicio. Más aun teniendo en cuenta la heterogeneidad de “vejeces” según sus trayectorias de vida y los diversos contextos culturales de nuestro país, existe la necesidad de reconocer las diferencias y negociarlas colectivamente. Asimismo, es fundamental, ya que el MIMP reconoce distintos perfiles de adulto mayor (independiente, frágil y dependiente) y el CIAM, en teoría, es un servicio amplio que no se limita a ningún perfil de acuerdo a los documentos de política. Sin embargo, como se verá más adelante, en la práctica, el servicio se enfoca en actividades recreativas y físicas a los que no pueden acceder los adultos mayores frágiles.

Es importante mencionar que en el PLANPAM 2013-2017 del MIMP se plantea que uno de los principios que orientan los servicios públicos a favor de los adultos mayores es el enfoque territorial, el cual se define como *“el cambio progresivo del enfoque sectorial a un enfoque territorial que les permita a los gobiernos regionales y locales integrar las funciones de acuerdo a las necesidades y demandas existentes en su territorio”* (2013: 17). Si bien se enfatiza la articulación intergubernamental e intersectorial para adecuar las funciones a las distintas realidades sociales, no se brinda protagonismo a todos los demás actores dentro del territorio, los cuales cumplen un rol importante en

su propio desarrollo (p.e. empresas privadas o familiares). Por último, en las “Pautas y recomendaciones para el funcionamiento de los Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor (CIAM)” del entonces MIMDES sí se hace referencia explícita a la participación de la PAM, pues el CIAM se define como un *“espacio Municipal de prestación, coordinación y articulación, intra e interinstitucional, de servicios básicos integrales y multidisciplinarios, para el bienestar y promoción social de las personas adultas mayores, en un contexto de cogestión y participación de la persona adulta mayor y la familia”* (2009: 10). En ese sentido, podemos ver que en los documentos no existe una definición unánime y explícita sobre el CIAM y los actores involucrados. Excluir a los mismos adultos mayores dentro del marco normativo del servicio limita la libertad de decidir qué es lo que ellos valoran en realidad para su propio bienestar (dimensión fundamental), lo cual resulta paradójico, pues el “bienestar” debería estar centrado en las propias personas con el objetivo de expandir sus capacidades. Refiriéndose a la libertad, Sen menciona que *“incluso cuando no tuviera ningún interés inmediato en ejercer la libertad de expresarse o de participar, se les privaría de sus libertades si no se les permitiese decidir sobre estas cuestiones”* (2000: 56).

De acuerdo al MIMDES, el objetivo de los CIAM es *“asegurar espacios saludables integrales de socialización, beneficiando a la población adulta mayor y garantizando la inclusión de las personas adultas mayores con discapacidad, así como de las familias que tienen a su cargo personas adultas mayores con dependencia”* (MIMDES 2009: 9). Para cumplir con dicho objetivo, el Ministerio recomienda orientar la prestación de servicios bajo 1) el enfoque de las personas adultas mayores como sujetos de derechos, 2) el enfoque intergeneracional de la familia y comunidad, 3) el enfoque intercultural con valoración positiva del envejecimiento y 4) el enfoque de desarrollo de capacidades de las personas adultas mayores (2009: 11). Asimismo, se plantean los 7 ejes básicos por los cuales deben orientarse las actividades: servicios educativos, recreativos, servicios de participación ciudadana, servicios socio-legales, servicios para el desarrollo de capacidades, servicios

deportivos y, finalmente, de salud (2009: 15). En ese sentido, se plantea intervenir tomando en cuenta un conjunto de dimensiones predefinidas del bienestar que consideran básicas.

En el caso de Comas, mediante la Ordenanza N° 310-/MC, la municipalidad distrital formaliza la creación del CIAM en el 2010 a cargo de la “Subgerencia de promoción social, DEMUNA y OMAPED” de la “Gerencia de Desarrollo Humano”. Inicialmente, se realizaron entrevistas a las dos encargadas de la gestión del CIAM (Adriana y Graciela) y, posteriormente, se pudo entrevistar a la Sub-gerenta de Promoción Social (Rita). De acuerdo con ellas, el objetivo del CIAM Comas es que:

*“Ellos tengan una mejor calidad de vida, que tengan un **soporte emocional**, bienestar en todos los aspectos, un bienestar integral ¿no? [Por bienestar integral entiendo que] dentro de ellos tengan **paz y armonía**, que tengan un equilibrio, porque si la persona no tiene paz interior, lógicamente qué pueden hacer los demás ¿no? entonces lo importante es con qué ojos ellos miran la vida o con qué color ¿no?”* (Graciela, encargada del CIAM Comas)

*“Los objetivos del CIAM sería que ningún adulto mayor tenga problemas ni **psicológicos**, ni **emotivos**, tampoco problemas con sus **familiares**, por ahí estamos enfocándonos”* (Adriana, encargada del CIAM Comas)

*“Los objetivos del servicio es tener un adulto mayor del distrito **activo, participativo, sociable**... queremos cambiar el chip de los familiares que el adulto mayor ya cumplió su fase: metido en casa, viendo televisión. No, el adulto mayor tiene que ser **productivo**, es muy hábil”* (Rita, Sub-gerenta de Promoción social de Comas)

En el caso de Huaral, la municipalidad provincial, mediante la Ordenanza N° 005-2015-MPH, adecúa el CIAM en marzo del 2015 asignado a la “Subgerencia de Desarrollo Social” de la “Gerencia de Desarrollo Social y Participación Ciudadana”²⁵. Se logró entrevistar, tanto a la Sub-gerenta

²⁵ Sin embargo, es importante mencionar que recién a partir del 2016 comenzó a operar el servicio.

(Segunda) como a la encargada del CIAM (Carla). De acuerdo a ellas, el objetivo del CIAM Huaral es:

*“Los objetivos del servicio es mejorar la calidad de vida del adulto mayor: que participen, que **se sientan vivos**, que se sientan importantes, que se sientan que son una persona participe de nuestra sociedad”* (Segunda, Sub-gerenta de Desarrollo Social de Huaral)

*“Es **articular con todas las instituciones** que hay alrededor para que ellos puedan contar con servicios... más que todo es un **eje articulador**. Busca de cierta forma generar bienestar a través de las problemáticas que tienen los adultos mayores con las instituciones que ya existen”* (Carla, encargada del CIAM Huaral)

Es importante notar que, de las múltiples dimensiones del bienestar, en los discursos de las encargadas del CIAM Comas existe un énfasis en el bienestar psicológico y en las relaciones con sus familiares. Esto puede deberse, en parte, porque, en sus funciones principales en la municipalidad, Graciela es licenciada en psicología y responsable de la Defensoría Municipal del Niño y Adolescente (DEMUNA), mientras que Adriana ejerce la función de conciliadora extrajudicial en familia. Por otro lado, la Sub-gerenta de Promoción Social de Comas enfatiza el uso del tiempo de los adultos mayores, así como apuesta por un envejecimiento activo, al igual que la Sub-gerenta de Huaral. Por último, la encargada del CIAM Huaral resalta el rol del centro como proveedor de servicios sin centrarse en el bienestar de las mismas personas.

En sus discursos de “bienestar” en adultos mayores se enfatizan algunas dimensiones como, por ejemplo, la salud psicológica/emocional, la salud física, las relaciones familiares, aislamiento social y el “mantenerse activo”:

*“Los aspectos importantes para ellos creo son el tema, prácticamente, el tema de **familia**, el tema de psicológico de ellos, el **bienestar emocional**, tratar de que su corazón no esté cargado de angustia, preocupaciones ¿no? [...] su*

salud física... al pendiente con los chequeos médicos ¿no?” (Graciela, encargada del CIAM Comas)

*“[Por ejemplo] tengo 5 hijos y tengo 5 pisos, yo estoy en la primera planta, **mis hijos nunca me vienen a saludar**, la que está en la primera planta me levanta, me sirve desayuno, **nadie me habla**, tomo el desayuno, me recogen, me vuelven a mi sala, a mi cama, todo el día y la noche, esa es mi vida”. ¿Tienen calidad de vida? No tiene calidad de vida”* (Adriana, encargada del CIAM Comas)

*“Bueno, si estamos hablando de un “bienestar” yo como psicóloga veo bastante el **bienestar emocional**, porque una cosa es el **bienestar físico**, pero otro es el emocional. Yo creo que el bienestar emocional... cuando llegan a una adultez mayor mucho viene el tema de la depresión”* (Carla, encargada del CIAM Huaral)

*“Bienestar para mí, es un bienestar conjuntamente **físico, emocional**, pero también tiene que ver con el tema de **actividades**, que puedan encontrar **una vida más activa**, menos sedentaria como está acostumbrado ya, sino más activa: sale, se distrae, conversa, haga actividades”* (Segunda, Sub-gerenta de Desarrollo Social de Huaral)

Como se ha podido ver, existe una coincidencia en las dimensiones priorizadas de las funcionarias de ambas municipalidades. Es importante tener en cuenta las prenociones de las funcionarias que tienen sobre el CIAM y el “bienestar”, ya que estas son responsables de la gestión del servicio y, por lo tanto, en parte, de las dimensiones de “bienestar” que serán intervenidas mediante las actividades. Se enfatiza la idea de llevar una vida “más activa”, la cual se relaciona con la teoría de la actividad de Havighurst, en tanto se conciba un envejecimiento exitoso cuando el adulto mayor se mantiene activo e “intentar permanecer como en la edad adulta”. Esto es importante, ya que, como se verá más adelante, varias de las actividades de ambos CIAM están enfocados en “actividades lúdicas”, a pesar de que existan otras dimensiones fundamentales que no son concebidas y otras que no son atendidas con la misma frecuencia.

Con respecto al proceso de implementación del CIAM, en el caso de Comas, hasta noviembre del 2016, no se había realizado un diagnóstico situacional de los adultos mayores, pese a lo fundamental que resulta dicha información no solo para el CIAM, sino también para los diferentes servicios. Según Adriana,

“Nadie hizo un diagnóstico, ninguna municipalidad levantó un diagnóstico, solamente nos hemos basado por el sexo nomás. [...] Solamente con los censos se ha podido ver cuántos adultos mayores hay. Si bien es cierto ya tenemos como casi el 10%, como 500, el 10% de Comas son adultos mayores” (Adriana, encargada del CIAM Comas)

En ese sentido, la implementación del CIAM en Comas no tomó en cuenta las diferentes formas de “vejeces” para plantear las actividades ofrecidas, ya que mencionaron que no contaban con el presupuesto ni el personal para realizar el diagnóstico. Sin embargo, recién a partir de abril del 2017 la Municipalidad Distrital de Comas inició el levantamiento de información para la elaboración del diagnóstico situacional de los adultos mayores. Esto, debido a la meta 02 para las municipalidades de tipo “A” del “Programa de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal 2017 (PI 2017)” del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF).

A diferencia de Comas, en el CIAM Huaral se logró realizar el diagnóstico situacional, pues, como este último es una municipalidad tipo “B”, tuvo como meta del PI en el 2016 realizar el diagnóstico situacional.

“El año pasado [2016] hemos estado haciendo un diagnóstico donde se ha logrado cumplir una meta [del PI 2016 del MEF], entonces, en base al diagnóstico, vamos a hacer los convenios tanto en educación y salud con la UGEL y con el hospital para cumplir esta segunda meta del 2017 [...] entonces nosotros en base a ese diagnóstico vamos a implementar talleres para darles una calidad de vida mejor” (Segunda, Sub-gerenta de Desarrollo Social de Huaral)

En ambos casos, es interesante notar que la ejecución del diagnóstico situacional fue en respuesta para cumplir con el incentivo económico del MEF. Por un lado, en Comas se realiza el estudio luego de 7 años de la creación del servicio, mientras que en Huaral 1 año después. En ese sentido, como se analizará más adelante, en ambos casos existe una suerte de implementación del CIAM bajo un enfoque de bienestar “centrado en las normas”, pues, pese a la importancia de conocer el perfil de la población objetivo del distrito, se realiza la investigación, porque las normas/incentivos económicos lo indican. Esto tiene consecuencias negativas, ya que una intervención debería ser un proceso de diálogo constante (desde el inicio) con la población objetivo para reconocer sus privaciones y valoraciones con el fin no llevar “soluciones pre-establecidas”. Según Maldidier, el paradigma de “proyecto proceso” significa considerar una intervención como un aprendizaje colectivo que asocia diferentes actores, por lo que existe la necesidad de que la planificación sea un sistema flexible (2012: 84). En ese sentido, deberían existir espacios de reflexión para reajustar la intervención de acuerdo al diálogo entre los distintos actores involucrados.

Para la implementación del CIAM, las funcionarias de Comas mencionaron que se articulan junto con Ministerios, organizaciones de la sociedad civil, empresas privadas y Gobiernos Municipales. Es importante mencionar que resaltaron el poco presupuesto destinado al CIAM y la falta de personal para desarrollar sus actividades. Si bien el CIAM de Comas opera desde el 2010, según la Subgerenta de Promoción Social, recién a partir del 2018 contarán con un presupuesto destinado exclusivamente para los servicios dirigidos a la población adulto mayor. Esto, porque “necesitan” cumplir el PI del 2017.

De acuerdo con Graciela, actualmente mantienen un convenio con Essalud, del MINSA para que el centro de salud Mariano Molina mande al profesor de Tai-chi de su “Centro del Adulto Mayor” (CAM) al CIAM.

“Con Essalud y MINSA, por ejemplo, ellos nos dan al profesor que da las clases de tai-chi y cuando hacemos, por ejemplo, cualquier tipo de

actividad también siempre participamos con ellos” (Graciela, encargada del CIAM Comas)

Asimismo, comentaron que coordinan actividades con EsSalud y la Red de Salud Túpac Amaru como, por ejemplo, chequeos médicos, campañas referentes a enfermedades con mayor frecuencia en adultos mayores como diabetes y colesterol alto y, por último, charlas de convivencia saludable. Es decir, todo lo referente a salud.

“Ahora estamos trabajando con aliados estratégicos como es EsSalud y MINSA [...] nuestro grupo del CIAM ha ido allá por chequeos médicos, se les ha dado charlas también sobre la convivencia saludable para que ellos estén bien emocionalmente y campañas sobre diabetes y colesterol” (Graciela, encargada del CIAM Comas)

Coordinan, además, con el MIMP para realizar capacitaciones sobre la actual ley del adulto mayor (Ley N° 30490). Es importante mencionar que, según Graciela, *“cuando hay capacitaciones y talleres del MIMP se llama a los promotores de diferentes CAM de Essalud, del MINSA, de los clubes [de adultos mayores del distrito] también para que ellos vengan a capacitarse y ellos, a su vez, hacen efecto multiplicador ¿no?”*. La capacitación a los adultos mayores, no obstante, no se realiza con diferentes grupos de edades. Es decir, solo se capacita a los adultos mayores, a pesar de la valoración del enfoque intergeneracional de la familia y comunidad. Esto último es importante, porque, finalmente, los derechos y deberes tienen que ser reconocidos por todos los actores para que se hagan efectivos. La capacidad del adulto mayor para ejercer libremente sus deberes y derechos forma parte fundamental dentro de su “bienestar”, por lo que es importante incluir a la sociedad civil en general y, con mayor énfasis, las familias.

También existe coordinación con empresas privadas para brindar servicios de acuerdo a las oportunidades. De acuerdo con Graciela, *“lo que es visión, hacemos medidas gratuitas y algunos anteojos un poco más barato para que el público lo pueda costear”*. Asimismo, han coordinado con una empresa privada

que vende pañales para brindar una charla gratuita sobre el cuidado higiénico en los adultos mayores, así como con universidades privadas para capacitaciones de computación. Sin embargo, este tipo de coordinaciones son esporádicas y dependen de las oportunidades del contexto.

Es importante tener en cuenta que, de acuerdo con Adriana y Rita, uno de los roles del CIAM Comas es impulsar y articularse con las distintas asociaciones de adultos mayores dentro del distrito para que puedan participar en las actividades que se realizan.

“Comas tiene 23 asociaciones [de adultos mayores] en diferentes zonas y cada uno tiene su presidente, su secretaría, es como una junta directiva, entonces ellos también trabajan de acorde con nosotros, viendo también las necesidades, las situaciones de cada uno. Tenemos reuniones cada cierto tiempo” (Adriana, encargada del CIAM Comas)

“Lo que hago yo es identificar un club del adulto mayor, les explicamos qué es el CIAM, qué tipo de servicios brindamos y se van a inscribir con nosotros. Manejamos una ficha de entrenamiento, y les decimos que quieren, tengo tai-chi y tengo manualidades, es lo que les ofrezco” (Rita, Sub-gerenta de Promoción Social de Comas)

Nuevamente, como se puede apreciar en la última cita, se ofrecen actividades pre-establecidas por la Municipalidad sin tener en cuenta las capacidades que los mismos adultos mayores desean y/o necesitan desarrollar. Esto es importante, pues subyace la lógica con la cual se ejecuta el servicio; es decir, únicamente brindar sus actividades sin tener en cuenta la voz de las personas. La forma de enfocar el servicio es fundamental, pues, como se plantea en el desarrollo humano, la finalidad del desarrollo se centra en el ser humano. Por último, las encargadas de Comas comentaron que se han reunido con otras municipalidades para poder compartir experiencias y contactos que puedan contribuir al desarrollo de sus actividades.

“Con los municipios hemos tenido la reunión, por ejemplo, ahorita he articulado con la Municipalidad de Independencia, hemos estado reunidos con la Municipalidad de Barranca, de Punta Hermosa, donde me han estado comentando lo que ellos hacen que me parece interesante” (Graciela, encargada del CIAM Comas)

En el caso de Huaral, el CIAM solo se articula con el hospital San Juan Bautista para campañas de salud esporádicas y con el Centro de Emergencia Mujer (CEM) en caso se presente una situación de violencia. Esto, principalmente, porque recién están desarrollando un plan de trabajo en base al diagnóstico situacional.

“Con el hospital [San Juan Bautista] hemos coordinado para campañas de salud... más que nada con ellos, generalmente. Por ejemplo, también hemos coordinado con el CEM que es el Centro de Emergencia Mujer, también se ha coordinado algunos casos ¿no?” (Carla, encargada del CIAM Huaral)

“[El CIAM se articula] con el hospital [San Juan Bautista] cuando hacemos las campañas de salud y con educación... ahora vamos a hacer un convenio para que ya la UGEL entre a tallar y mande a sus asesores para que les enseñen, porque tenemos muchos adultos mayores analfabetos. Estamos en proceso” (Segunda, Sub-gerenta de Desarrollo Social de Huaral)

Con respecto a las actividades brindadas por el CIAM de Comas, existen solamente 4 que operan de manera permanente: el tai-chi (lunes, miércoles y jueves), el taller de manualidades (lunes y miércoles), las actividades recreativas (jueves) y las actividades físicas (sábado). Asimismo, de acuerdo con Adriana, 3 veces al año se programan paseos de integración y 2 veces al año hay campañas integrales de salud. Es importante mencionar las actividades mencionadas fueron planteadas únicamente por el CIAM y nunca han sido modificadas. Es decir, no se incorporó a otros actores para negociar el contenido del servicio.

“Dentro de las dos horas [de actividades recreativas] hacen lo que a la mayoría le gusta hacer, por ejemplo, yo quiero jugar ajedrez y ahí tiene una mesa para jugar ajedrez, si no están cantando, bailando... y hay de todo, o sea eso un juego más libre” (Adriana, encargada del CIAM Comas)

“Ellos dicen que el ejercicio [tai-chi] les ha cambiado su vida, siempre nos dicen “desde que he venido me siento bien, ya no me duele mi cuerpo, ya no me siento deprimida” (Adriana, encargada del CIAM Comas)

“También hacemos campañas de salud donde les tomamos... porque normalmente los adultos mayores sufren de cosas... de la glucosa, los triglicéridos, eso constantemente sufren. Entonces siempre dos veces al año hay una campaña integral de salud” (Adriana, encargada del CIAM Comas)

Sin embargo, también existen otro tipo de actividades no-fijas que se programan mensualmente de acuerdo a sus oportunidades para coordinar con otras organizaciones e instituciones. Por ejemplo, capacitaciones sobre la Ley del adulto mayor N° 30490, capacitaciones en computación, campañas/controles de salud, eventos de danzas y celebraciones de días especiales como, por ejemplo, la no violencia familiar y el día del adulto mayor.

“Ahora ha venido un personal del MIMP para capacitarlos en la nueva ley adulto mayor 30490... de todos los beneficios que ellos tienen, pero desconocían ¿no? Entonces en eso estamos” (Graciela, encargada del CIAM Comas)

“Ahorita estamos con esto de lo que es capacitaciones de computación entonces estoy inscribiéndoles ¿no? falta cumplir 5 personas más para completar los que van a recibir ese tipo de atención ¿no?” (Graciela, encargada del CIAM Comas)

En relación a las actividades del CIAM Huaral, la encargada del servicio nos comentó que todavía no se han implementado, puesto que están siguiendo las actividades anuales planteadas en el PI 2016 y 2017 del MEF, pese a que ya

cuenten con un presupuesto asignado al CIAM a través del Presupuesto Operativo Institucional (POI).

“Generalmente, [lo que hemos hecho] han sido charlas informativas acerca de, por ejemplo, de calidad de vida, informarles qué es el CIAM, informar el tema de salud bucal, del cuidado de la vista, nutrición... talleres de memoria, talleres de atención... generalmente esos se han estado haciendo. Más enfocado en charlas, pero lo que se busca ya más, en cierta manera, es actividades para ellos ¿no?... Si no se cuenta con un diagnóstico no se puede aplicar algo. Como el diagnóstico ya lo tenemos, ya estamos en fase de implementación” (Carla, encargada del CIAM Huaral)

En ese sentido, lo que se ha realizado a lo largo del 2016 e inicios del 2017 ha sido, básicamente, celebración de días festivos, paseos recreativos, reuniones para charlas, campañas de salud y proyección de películas. Así, predominan las actividades recreativas, lo cual es valioso, pero se deja de lado otro tipo de dimensiones. Las actividades del CIAM Huaral se realizan aproximadamente cada 15 días por las reuniones más otras actividades complementarias²⁶.

“Hicimos cine, fiestas por el día del adulto mayor nacional e internacional, hicimos el festival del adulto mayor, después hicimos... el día del padre, día de la madre y nada más. Generalmente charlas, todavía vamos a implementar [actividades] para este año” (Carla, encargada del CIAM Huaral)

“Los servicios que se han brindado al CIAM son, sobre todo, en salud. Se han hecho varias campañas: visual, dental, geriatría. Digamos, se hace cada 60 días por lo general” (Segunda, Sub-gerenta de Desarrollo Social de Huaral)

“Tenemos las reuniones de cada 15 días con todos los adultos mayores con la finalidad que ellos también nos cuenten sus experiencias y hacer un

²⁶ De acuerdo con la encargada del CIAM Huaral, solo se reúnen cada 15 días, ya que la mayoría de asistentes son usuarios de Pensión 65, por lo que no tienen los recursos suficientes para movilizarse hasta la Casa de la Juventud (lugar donde, actualmente, se realizan las actividades del CIAM).

intercambio. Se les invita a hacer ejercicio, a hacer reflexiones, se les proyecta una película” (Segunda, Sub-gerenta de Desarrollo Social de Huaral)

De acuerdo a la encargada del CIAM Huaral, actualmente en mayo, se encuentran realizando el plan de trabajo para definir actividades en el CIAM, las cuales comenzarían a ser implementadas progresivamente a partir de junio del 2017. Estas actividades se realizarían en la Casa del Adulto Mayor que, hasta la fecha de la entrevista, se encuentra en construcción.

“Se está planteando ya que exista un horario, así como tenemos un horario de clases, cosa que ellos sepan y manejen que días vienen acá [...] lo que está definido [dentro del plan de trabajo] es campañas de salud, talleres de alfabetización, paseos recreativos, celebración de actividades célebres y el tema de manualidades o tejido. Ya posteriormente quizá el otro año se vaya a implementar danza... dependiendo” (Carla, encargada del CIAM Huaral)

Se ha podido observar que –siguiendo la tipología de servicios propuesto por el entonces MIMDES– en las distintas actividades brindadas en Comas y las planeadas en Huaral se enfatiza, tanto en cantidad de actividades como en frecuencia, los servicios recreativos (taller de manualidades, celebración de días festivos, danzas y paseos recreativas), servicios deportivos (tai-chi y actividades físicas), mientras que los servicios socio-legales (capacitación de Ley 30490), servicios de salud (chequeos médicos) y servicios educativos (alfabetización y clases de computo) son brindados esporádicamente. Finalmente, no se logran implementar servicios de desarrollo de capacidades ni de participación ciudadana. Si bien un servicio municipal como el CIAM es incapaz de incorporar todas las múltiples dimensiones de “bienestar” según los documentos de política, los adultos mayores y/o la literatura académica, es importante tener en cuenta que existe la necesidad de que la gestión priorice según las necesidades y demandas de los mismos adultos mayores. La articulación de actores como los aliados estratégicos podría facilitar la implementación de diferentes servicios

Es importante tener en cuenta que el taller de manualidades y las capacitaciones de computación no se logran articular con otras intervenciones y/o capacitaciones laborales para que los adultos mayores logren generar ingresos económicos. Asimismo, un adulto mayor asistente al CIAM Comas manifestó que le gustaría participar en talleres de educación superior/técnica; sin embargo, menciona que “por temas económicos [no puedo]... sino hubiera estudiado. No hay un programa más abierto para el adulto mayor, así como el folklore”.

“No, no han abierto ese programa, sino me hubiera metido. Generalmente, no hay, al adulto mayor ya lo quieren arrinconar, aunque en la ley 28803 dice que “el adulto mayor tiene igual de probabilidades que cualquier joven”. Debe tratar que aprenda, que enseñe” (Eladio, asistente del CIAM Comas)

Con respecto a servicios con participación ciudadana en ambos CIAM, vinculado con el enfoque “intergeneracional de la familia y comunidad”, es importante tener en cuenta que los centros solo se enfocan en los adultos mayores. Es decir, no se trabaja continuamente con los familiares ni, en general, con los demás grupos de edades en actividades como, por ejemplo, romper los estereotipos sobre la vejez. Esto es fundamental, ya que, como se verá más adelante, el “bienestar” es un proceso relacional que implica a diferentes actores; es decir, no se reduce únicamente a lo psicológico y/o lo material. Inclusive, dentro del discurso sobre la importancia del CIAM, se puede notar que, tanto en Huaral como en Comas, conciben este servicio como una suerte de burbuja para que los adultos mayores huyan de sus problemas cotidianos, a pesar de que la dimensión de los lazos y relaciones sociales es fundamental dentro de su “bienestar” (incluso ellas mismas lo rescatan dentro de sus discursos de “bienestar”).

“Yo creo que es muy importante [el servicio], porque imagínate si no existiría el CIAM... ¿a dónde acudirían ellos? Ellos se deprimen cuando tienen conflicto con la pareja, con los hijos, a veces se sienten incomprendidos o

utilizados cuando no les dan su lugar, no les respetan, entonces yo veo que, al venir acá, en cada actividad, ellos se sienten bien. Es como que recuperan su valor” (Graciela, encargada del CIAM Comas)

“[El CIAM es importante] Porque es el único sitio donde los adultos mayores pueden venir a tener relaciones humanas, porque un adulto mayor está en su casa... sale a la puerta, a la esquina, con quién habla... o está adentro con quién habla... será un ratito con el vecino, pero acá no, acá vienen y hacen una vida social” (Adriana, encargada del CIAM Comas)

“Al estar en casa, están absorbiendo los problemas de la familia, de los hijos; en cambio, acá se relajan, se olvidan de todo, de su casa... acá están tranquilos, socializando con otras amistades, con sus amigas” (Rita, Sub-gerenta de Promoción Social de Comas)

“[El CIAM] es muy importante, porque rescatamos a todos los adultos mayores que, a veces, están postergados en sus casas ¿no? Hay personas que dicen “es el abuelo, ahí que duerma” y le dan el último rinconcito de la casa ¿no? Y él es una persona viviente, una persona que tiene sentimientos” (Segunda, Sub-gerenta de Desarrollo Social de Huaral)

“Nosotros les decimos ¿no? Cuando te sientas triste, cuando te hacen algo en tu casa, reniegas o cualquier cosa que tú quieres hablar con alguien, te vienes aquí y nosotros te vamos a escuchar... y vienen” (Carla, encargada del CIAM Huaral)

Paradójicamente, a pesar de que el CIAM pretenda ser un espacio de integración que lucha contra el aislamiento social, no se trabaja con la sociedad civil para incluir a este grupo de edad. En ese sentido, es necesario adoptar un enfoque territorial para incluir a todos los actores que intervienen en este fenómeno, ya que todo proyecto interviene en un contexto complejo donde se confrontan lógicas heterogéneas y poderes distintos (Maldidier 2012: 74 y 78). Así, dentro de estas lógicas de poder, los adultos mayores están en una posición vulnerable dentro de nuestro país. Desde las funcionarias de ambos

CIAM, existe un énfasis en la noción de bienestar psicológico, en el que, según White et al, se reconoce la importancia de las relaciones sociales para el bienestar de un individuo; sin embargo, se define este bienestar como intrapsíquico (2016: 30). De esta forma, existen charlas motivacionales con los adultos mayores y actividades en el CIAM que podrían retirarlos momentáneamente de sus problemas cotidianos, pero no se enfrenta lo sustancial. Es importante tener en cuenta que el bienestar no es una propiedad fija, sino un proceso en el que intervienen las relaciones sociales, por lo que resulta fundamental trabajar con los familiares y la sociedad civil. Además, como se verá más adelante, precisamente, es esta dimensión una de las más valoradas por los adultos mayores.

Con respecto a la injerencia de los adultos mayores que asisten al CIAM Comas en la negociación de las actividades, las encargadas del servicio comentan solamente se reúnen para comunicar el plan mensualmente que ellas establecen. Así, los adultos mayores no ejercen su libertad de negociar las actividades que desean realizar y sus oportunidades se ven reducidas.

“Semanalmente nos reunimos. Como le dije, cuando están ellos y terminan su tai-chi, convocamos una reunión y ahí mismo les vamos informando de todas las actividades de la semana que están programadas y les hacemos llegar las indicaciones” (Graciela, encargada del CIAM Comas)

“Cuando es necesario las reuniones, entonces ahí les decimos “mira, tal día va a haber alguna reunión”, tenemos la coordinación contada y se hace de acuerdo al plan del trabajo y de acuerdo a algunas actividades que nos presentan por las ONGs que participan para que nosotros pongamos adultos mayores” (Adriana, encargada del CIAM Comas)

Sobre el plan de trabajo que se está elaborando por el CIAM Huaral, la encargada del servicio comenta que se están decidiendo las actividades en base al diagnóstico situacional y a las opciones que los mismos adultos mayores marcan en la ficha de inscripción (opciones limitadas).

“[Las actividades] se decidieron en base al diagnóstico. Todo el tema de actividades que se va a implementar son en base al diagnóstico. Como te dije, el tema de salud, el mal uso de tiempo libre, el desconocimiento de programas sociales y el tema de nivel de instrucción. Todo eso ha acarreado a que nosotros busquemos manejar esto” (Carla, encargada del CIAM Huaral)

“Para pertenecer al CIAM hay una parte [en la ficha de inscripción] donde te preguntan qué te gustaría desarrollar en el CIAM... tejido, deporte... y ellos van marcado, tienen unas opciones y en base a esa opción nosotros vamos trabajando y se toma en cuenta ¿no? Como un buzón de sugerencias” (Carla, encargada del CIAM Huaral)

Los mismos adultos mayores de Comas y de Huaral, entonces, no tienen un espacio institucionalizado en el cual puedan negociar directamente las actividades que se realizan en el CIAM. En el caso de Comas, la decisión final la toma la municipalidad, quienes solo comunican el plan a los adultos mayores, mientras que en Huaral se basan en el diagnóstico y sugerencias marcadas en la ficha de inscripción (opciones limitadas brindadas por la municipalidad). De acuerdo a Maldivier, existiría una “participación con lógica instrumental”, en el sentido que los propios actores no son protagonistas de su propio desarrollo, puesto que no tienen posibilidades de negociar los contenidos y modos de operar del servicio (2012: 76). Además, es importante recalcar que el simple hecho de “negociar” el servicio con los demás actores ya es valioso, porque refleja la libertad. Es decir, la libertad instrumental de los adultos mayores para negociar y la libertad para concertar el servicio del CIAM. Un elemento fundamental a resaltar es que no existe una organización interna de adultos mayores dentro de ambos CIAM, por lo que la falta de acción colectiva no posibilita generar negociación con las municipalidades con respecto a las actividades²⁷. Si bien el diagnóstico situacional es una forma de

²⁷ En ambos CIAM las municipalidades no promueven explícitamente la organización interna de adultos mayores. En el caso de Comas, los adultos mayores intentaron organizarse, pero conflictos de intereses

recoger la voz de los adultos mayores, resulta insuficiente, puesto que no se concertan los modos para tratar dichos problemas. El diagnóstico, además, es solo una herramienta que no determina el recojo de la voz de los adultos mayores en el tiempo, pues la intervención es un proceso cambiante que necesita retroalimentarse constantemente con la población objetivo para reafinarse. Así, estos espacios de negociación resultan importantes, porque en el diálogo podrían surgir otros temas relacionados al “bienestar” que no son visibilizados (p.e. violencia familiar) y/o priorizar algunas dimensiones del “bienestar” que los propios adultos mayores valoran.

Por último, es importante recalcar que no existe instrumentos de medición de resultados en ambos CIAM, sino que se basan en las pequeñas charlas que tienen los adultos mayores o sus percepciones para saber si están a gusto o no. Es decir, no se profundiza si realmente existe un impacto positivo en sus vidas, pese a que la modernización del Estado supone que las intervenciones sociales adopten una gestión por resultados para poder justificar su existencia.

En síntesis, como se ha podido ver, el CIAM de Comas y de Huaral operan bajo una lógica de bienestar basada en un “buen servicio” (solo se enfocan en brindar efectivamente las actividades que ellos plantean) hacia los adultos mayores, quienes son concebidos como actores pasivos, sin mayor incidencia en las decisiones del servicio. En ese sentido, no se adopta un enfoque territorial que permita a los mismos adultos mayores ser protagonistas del propio desarrollo de su “bienestar” mediante la co-gestión del servicio, así como tampoco se involucra a otros actores claves como, por ejemplo, familiares. Por tal motivo, se ha identificado la necesidad de empoderar a los adultos mayores como un medio y un fin en sí mismo (tanto como dimensión del bienestar como para poder desarrollar su propio bienestar) desde la implementación del servicio. Para lograr esto, es importante incentivarlos a organizarse internamente para negociar el CIAM en su totalidad. De esta

lo frenaron. En el caso de Huaral, la situación es más crítica, ya que los adultos mayores no tienen claridad sobre qué es el CIAM, dado que todos provienen de Pensión 65 y confunden los programas.

forma, es urgente que se empoderen: que participen dentro de las decisiones del servicio, sabiendo que tienen el derecho y las capacidades de hacerlo. Paralelo a esto, en ambos CIAM se identifica un enfoque de bienestar “centrado en cumplir las normas” en tanto realizan acciones importantes –como el diagnóstico situacional y destinar presupuesto para el CIAM– en función del cumplimiento del PI del MEF. Es importante tener en cuenta, además, que existe una falta de capacidad en términos de personal, tiempo y recursos para poder gestionar una intervención flexible como el CIAM, en el que, en teoría, se debería adoptar un enfoque territorial.

Con respecto a las semejanzas y diferencias entre las dimensiones enfatizadas del “bienestar” en la política y en la práctica, lo que ambos CIAM abarcan de forma permanente son las actividades recreativas, educativas y deportivas, mientras que los servicios socio-legales y de salud se brindan cada cierto tiempo al mes. De esta forma, en la práctica, no se logra implementar actividades destinadas a la participación ciudadana ni de desarrollo de capacidades, tal como plantean los lineamientos en los documentos formales del MIMDES. Precisamente, las actividades destinadas a la participación ciudadana implican la incorporación de otros grupos de edades. Asimismo, el énfasis en lo recreativo y deportivo imposibilita que puedan acceder al servicio adultos mayores frágiles. Por último, y vinculado a lo anterior, un aspecto crítico y paradójico es que, en ambos casos, se conciba al CIAM como una burbuja que permite a los adultos mayores “escapar de su realidad”, en vez de establecer actividades con un enfoque intergeneracional con participación de la sociedad civil que permita incluir a todas las etapas del ciclo de vida y concientizar el valor de los adultos mayores en nuestras sociedades. Esto, vinculado con la dimensión de sus derechos fundamentales.

Frente a este panorama, en el siguiente capítulo se contrastarán los discursos de “bienestar” que subyacen del CIAM, de los documentos de política y de los propios adultos mayores, de tal forma que podamos dar pistas sobre cómo,

finalmente, las intervenciones de política social del Estado peruano influyen en el “bienestar” de la PAM.



8. Análisis de contraste de las nociones de “bienestar” en adultos mayores

En este último capítulo, se caracterizará la noción de “bienestar” de los adultos mayores, identificando las dimensiones que valoran y las estrategias que utilizan para enfrentar sus privaciones. Luego, se contrastarán con el discurso subyacente del servicio del CIAM y los documentos de política que la

enmarcan. Para ello, se realizaron 15 entrevistas a adultos mayores que, como se mencionó en la sección metodológica, se dividió por distrito según cuotas por sexo y en función si son beneficiarios de Pensión 65 y/o asistentes al CIAM. En el caso de Huaral, todos los usuarios del CIAM eran de P65, mientras que en Comas ningún asistente recibía dicho incentivo económico (Ver Selección de la población objetivo). A continuación, se realizará una breve descripción de cada uno de los casos analizados

En el caso de Comas, se entrevistó a 4 hombres y 3 mujeres:

- Eladio tiene 79 años, casado, nació en Quiches (Sihuas, Ancah) y es asistente al CIAM. Tiene estudio superior completo en contabilidad y trabajó en el Ministerio de Salud por 32 años. Actualmente, vive con su esposa y sus 2 hijas en la misma vivienda. Cuenta con una pensión por ser cesante del MINSA y seguro de salud de EsSalud. No cuenta con graves problemas de salud y puede realizar sus actividades solo (autovalente).
- Gerónimo tiene 80 años, soltero, nació en Ichoacán (San Marcos, Cajamarca) y es usuario de Pensión 65. Tiene primaria incompleta hasta 3er grado de primaria y trabajó como agricultor y soldado del ejército. Actualmente, vive solo y no trabaja debido a sus problemas de salud. Sus únicos ingresos provienen de P65 y cuenta con SIS. Debido a sus enfermedades es un adulto mayor frágil según la tipología del MIMP, ya que le cuesta realizar labores diarias por, entre otras cosas, la catarata en sus ojos.
- Lidia tiene 67 años, casada, nació en Ayacucho (Huamanga, Ayacucho) y es asistente al CIAM. Tiene secundaria completa y trabajó vendiendo ropa. Actualmente, se dedica a las labores del hogar, cuenta con una pensión (ONP), con seguro de salud de EsSalud y su esposo, que vive en España, le envía dinero. Vive con sus hijos y no tiene problemas graves de salud, por lo que puede hacer sus actividades diarias sola.

- Luis tiene 72 años, casado, nació en San Martín de Porres (Lima, Lima) y es asistente al CIAM. Tiene secundaria incompleta hasta 3er año y actualmente trabaja esporádicamente si se presenta la oportunidad. Actualmente, vive con su esposa y una hija y obtiene ingresos por medio de su jubilación (ONP). Cuenta con seguro de EsSalud y no cuenta con problemas de salud que lo imposibilitan a realizar tareas diarias.
- María tiene 75 años, casada, nació en Catacaos (Piura, Piura) y es usuaria de Pensión 65. No cuenta con estudios formales y trabajó como costurera. Actualmente, se dedica a labores domésticas y vive con su hija. Cuenta con seguro del SIS y no tiene graves problemas de salud.
- Paulina tiene 67 años, separada, nació en Miraflores (Lima, Lima) y es asistente al CIAM. Tiene primaria completa, pero a los 18 años llevó cursos de costura, cosmetología e inyectables. Actualmente, se dedica al trabajo doméstico y vive con un hijo. Cuenta con seguro de EsSalud y pensión económica (ONP). Sufre de diabetes, artrosis y de presión alta, pero puede realizar sus labores diarias.
- Rolando tiene 74 años, viudo, nació en Huacho (Huaura, Lima) y es usuario de Pensión 65. Tiene secundaria incompleta hasta 3er año y se dedica a reciclar. Actualmente, es viudo y vive con sus 3 hijos. Cuenta con seguro del SIS y sufre de la presión alta, pero puede realizar solo sus actividades diarias.

En el caso de Huaral, se entrevistó a 4 hombres y 4 mujeres:

- Efraín tiene 76 años, casado, nació en Carhuaz (Carhuaz, Áncash) y es usuario de Pensión 65 y asistente al CIAM. Tiene primaria incompleta hasta 1er grado y trabajó para el ejército. Actualmente, vive con su esposa y trabaja ocasionalmente en la chacra de otras personas. Cuenta

con seguro de EsSalud y tiene constantes dolores de cabeza y de barriga. Es un adulto mayor autovalente, pues puede realizar sus actividades diarias solo.

- Julián tiene 68 años, viudo, nació en Carhuaz (Carhuaz, Áncash) y es usuario de Pensión 65 y asistente al CIAM. Tiene primaria incompleta hasta 3er grado de primaria y se dedica al reciclaje. Actualmente, vive con 3 hijos y 1 nieto. No cuenta con seguro de salud y sufre de artrosis y de la vista. Realiza sus actividades diarias con cierta dificultad.
- Elda tiene 70 años, casada, nació en Lampián (Huaral, Lima) y es usuaria de Pensión 65 y asistente al CIAM. Tiene primaria incompleta hasta 1er grado y trabajaba vendiendo panes en la esquina de su casa. Actualmente, vive con su esposo que es invalido y está buscando trabajo. Cuenta con seguro del SIS y sufre de diabetes. Tiene problemas para hacer labores diarias (adulto mayor frágil).
- Julio tiene 82 años, casado, nació en Casma (Casma, Ancash) y es usuario de Pensión 65 y asistente al CIAM. Tiene primaria incompleta hasta 1er grado y trabajaba como agricultor. Actualmente, se dedica a un pequeño negocio los domingos y vive con su esposa. No cuenta con seguro de salud y sufre de la próstata, la columna y tiene dolores en la pierna. Es un adulto mayor frágil, pues tiene problemas para hacer sus actividades en el día a día.
- Lucila tiene 66 años, casada, nació en Ancash y es usuaria de Pensión 65 y asistente al CIAM. No tiene estudios formales y trabajó en el tejido. Actualmente, vive con su esposo y se dedica a las labores domésticas. Cuenta con seguro del SIS y sufre de carnosidad en los ojos y dolores constantes en el hombro y el pie por un accidente. Según la tipología, es una adulta mayor frágil.

- Claudia tiene 80 años, casada, nació en la comunidad San Agustín de Huayopampa (Atavillos Bajo, Huaral, Lima) y es usuaria de Pensión 65 y asistente al CIAM. Tiene primaria incompleta hasta 5to grado y era comerciante. Actualmente, vive con su esposo y trabaja vendiendo huevos de gallinas. Cuenta con seguro del SIS y sufre de gastritis crónica, asma crónica y debilidad en los huesos. Es una adulta mayor frágil
- María tiene 82 años, casada, nació en Ancash y es usuaria de Pensión 65 y asistente al CIAM. No tiene estudios formales y no sabe leer ni escribir. Trabajaba en la chacra y, actualmente, se dedica a las labores del hogar. Vive con su esposo, no cuenta con seguro de salud y sufre de osteoporosis. Es una adulta mayor frágil.
- Victoria tiene 73 años, viuda, no recuerda el lugar exacto donde nació y es usuaria de Pensión 65 y asistente al CIAM. No tiene estudios formales y no sabe leer ni escribir. Actualmente, se dedica a su casa y vive sola. No cuenta con seguro de salud y sufre de artrosis. Es una adulta mayor frágil.

Como se ha desarrollado en el marco teórico y en la operacionalización, en la investigación se entiende “bienestar”, enmarcado dentro del desarrollo humano, como un proceso en la que una persona cuenta con los recursos materiales suficientes que le permite desplegar un conjunto de capacidades –que reflejan libertad y oportunidades de elección– para poder lograr funcionamientos considerados básicos y valiosos (“hacer”) y, por lo tanto, alcanzar una vida valorada por la propia persona (“ser”), teniendo en cuenta el contexto territorial en el que se encuentre. Con esta definición, en las entrevistas a adultos mayores se ha identificado discursos y dimensiones que ellos valoran.

A los entrevistados se les pidió el favor de imaginarse un adulto mayor feliz y que describieran cómo son y qué hacen. En ese sentido, surgieron distintos discursos sobre bienestar en los adultos mayores en el que se enfatizaron

distintos aspectos. A continuación, se mostrarán algunas citas que ilustren todas las dimensiones que mencionaron y en los siguientes párrafos se hará una revisión de cada dimensión.

*“[Sería una persona] que tiene buena suerte... una persona feliz tiene que verse con sus **amigos**, que tenga **animales**, **asearse** todos los días, ver a los chicos, con sus **hijos**, tener **mejores relaciones** con todos, una reunión entre amigos. **No estar discriminando, insultando, no eso no**” (Julio, P65 y CIAM Huaral)*

*“Mientras uno tenga su mente bien, nos gustaría ser **bien tratados, no ser discriminados**, por ser adulto mayor que **no nos minimicen**, que no nos tengan en consideración. Yo quisiera que seamos **respetados** por el pueblo, las autoridades, por todos” (Claudia, P65 y CIAM Huaral)*

*“Depende de la vida que lleve... **cómo lo traten en su casa ¿no?** para que el adulto mayor sea feliz. Bueno, que lo traten con **respeto, cariño, amor** y él también tiene que ser respetuoso con los demás... tiene que ser alegre, tranquilo, no intervenir en cosas malas ¿no? sobre todo **llevarse bien con los vecinos, hermanos, sobrinos** ¿no? y sobre todo respetarlos para que sea respetado. Ahora también **alimentarse bien...** que reciba su **pensión** y tener el **SIS** y también tener un seguro. Eso es todo” (Gerónimo, P65 Comas)*

*“Veo a un adulto mayor, es feliz cuando **vive en torno a su familia**, porque sería muy triste que a un adulto mayor lo manden al asilo, que lo manden ahí con otras personas que no son su familia [...] y peor aun cuando está en su casa y los hijos poco a poco se van apropiando de la casa y **al adulto mayor lo botan al fondo o lo mandan al último piso [...] lo tienen ahí como una cosa** ¿no? como una cosa que le estorba” (Lidia, CIAM Comas)*

*“Que se conserve, así como yo, que tenga una actividad, que esté ocupado más que nada, **que hagan actividades que hagan lo que les guste**,*

que pase tiempo con la familia y eso [...] Importante como te digo, la **salud**, llevarse bien con la gente, **amigos, familia**, vivir una vida tranquila, **sin vicios sin nada**, porque a veces ya a la vejez se les da por fumar, y ya hay como 3 o 4 amigos que han perdido la pierna por tanto ya...” (Luis, CIAM Comas)

“Yo pienso que se tiene que difundir más los **derechos del adulto mayor** para que la gente, los jóvenes, los adultos medios también lo entiendan, porque muchos adultos mayores sufren de maltrato” (Paulina, CIAM Comas)

Con respecto a los discursos y sus dimensiones valoradas, de acuerdo a nuestro marco teórico, es importante mencionar que no aparece la dimensión de educación como valorada en la actualidad, a pesar de que la mayoría de los entrevistados no hayan terminado la escuela (Ver anexo 3) y algunos no sepan leer ni escribir. Sin embargo, sí mencionaron que les hubiese gustado recibir mayor educación en su juventud para poder haber accedido a diferentes trabajos. Por otro lado, tampoco existe interés en participar en espacios de política, pese a que esta haya sido identificada como una dimensión fundamental en el “bienestar” según la literatura. Esto no quiere decir que estas dimensiones no sean importantes para ellos (al menos no en sí mismas), ya que dichas capacidades, directa o indirectamente, influyen en otro tipo de libertades que sí valoran. Además, forman parte de sus derechos fundamentales.

8.1 Dimensiones valoradas con mayor énfasis por todos los entrevistados

En relación a los distintos discursos de los entrevistados, se ha encontrado coincidencias en las dimensiones valoradas con mayor énfasis. Por ejemplo, está la **seguridad económica**, referida a recibir una pensión monetaria y apoyo económico familiar en el hogar. Todos los entrevistados contaban con una pensión, pero no todos con apoyo económico familiar. La necesidad de cubrir necesidades básicas como la alimentación y las medicinas hace que los usuarios de P65 todavía valoren trabajar, pese a las dificultades que existen. De acuerdo a Sen, la libertad de gozar de seguridad económica y contar con

recursos materiales son un medio fundamental para poder desarrollar nuestras capacidades. Es decir, son necesarias, pero no suficientes para nuestro desarrollo. En el siguiente sub-capítulo se profundizará más al respecto.

Otra dimensión valorada explícitamente es la **salud**. Todos los entrevistados del CIAM Comas cuentan con seguro de EsSalud, se realizan chequeos médicos de prevención y cuentan con la capacidad de comprarse sus medicamentos. Sin embargo, tanto los usuarios de P65 de Comas como los entrevistados en Huaral (todos de P65 y CIAM), no suelen acudir al centro de salud, aunque sufran algún malestar/enfermedad y, además, no necesariamente pueden costear siempre sus medicinas²⁸.

“Yo por lo general, cada dos meses [voy al hospital EsSalud] ¿Por qué? Porque ellos me dan la medicina para la diabetes y la presión, entonces a veces ya, hay doctores que te dan para tres meses y que vayas a recoger no más, salvo que en ese tiempo no te sientes mal de otras cosas no vuelves” (Paulina, CIAM Comas).

“Solamente [voy al centro de salud] cuando me toca unos chequeos anuales, cada dos años, los chequeos de las mamas, a esas cosas voy... Ahora ultimo también en Oncosalud que me tocó, ya me han hecho toda la revisión, entonces” (Lidia, CIAM Comas)

También existe un énfasis explícito de todos los informantes en las **relaciones familiares** como valioso dentro del “bienestar” (sobre todo con sus hijos). Sin embargo, como se verá en el siguiente sub-capítulo, existen casos de aislamiento social. De acuerdo con De Castro, las relaciones humanas, por un lado, tienen un valor instrumental, porque nos ayudan a lidiar con crisis económicas, acceso a recursos y servicios, entre otros; por otro lado, son valiosos intrínsecamente, pues es imprescindible vivir en compañía de otros (2015: 12)

²⁸ Esto se verá más adelante a mayor profundidad.

“Bueno, para sentirme más tranquilo, feliz, bueno, reunirnos con toda la familia en la casa, por eso mis hijas cuando llegan ahí ya... vamos a comprar pollos para comer” (Julian, P65 y CIAM Huaral)

“Debe sentirse uno contento de que lo quieran y que lo apoyen sus hijos, tu familia que está alrededor tuyo ¿no? Pero a veces no hay y una persona particular a veces te apoya más que tu familia, pero, claro, cuando uno lo requiere hay personas que te tienden la mano [...] yo, por lo menos, [mis hijos] no me apoyarán con plata, pero con que se acuerden de llamarme está bien, porque yo no las veo ¿no?” (Elda, P65 y CIAM Huaral)

Una dimensión valorada –que se vincula con las relaciones con familiares, vecinales y amicales– son las **actividades personales/recreativas**. Esto es importante, pues da pistas sobre cómo los adultos mayores utilizan su tiempo de acuerdo a lo que valoran hacer, las oportunidades y sus posibilidades, así como permite identificar con quiénes se vinculan. Por ejemplo, los asistentes al CIAM de Comas mencionan que van a distintos centros de atención a hacer ejercicios, bailar y jugar.

“Que se conserve, así como yo, que tenga una actividad, que esté ocupado más que nada, que hagan actividades que hagan lo que les guste [...] en Oriente Perú, voy porque es baile de la selva. Después me voy al [parque zonal] Sinchi Roca... ahí hay aeróbicos tres veces a la semana, después ahí en San Felipe hay un centro del adulto mayor, que también tiene sus días” (Luis, CIAM Comas)

“Voy también al club del adulto mayor (CAM)... otra “Oriente Perú” de adultos mayores para bailar danza de la selva con ropas típicas, es particular. Donde jugamos el campeonato a veces voy a ver cómo juegan fútbol, 16 equipos, voy lunes y viernes en la tarde” (Eladio, CIAM Comas)

Es importante mencionar que en los mismos adultos mayores del CIAM Comas se ha encontrado que existe una valoración positiva al “mantenerse activo”²⁹. En ese sentido, acuden a distintos centros de adultos mayores para realizar varias actividades y se vinculan con mayor cantidad de personas, lo cual es posible, ya que no tienen una urgencia en la dimensión económica a comparación de los adultos mayores de P65. Así, las amistades que se generan trascienden estos espacios.

“El miércoles [con mis amigos del CIAM] nos vamos a ir a una peña que hasta las 7 tenemos permiso (risas) vamos a almorzar, vamos a bailar; de repente si tenemos un amiguito enfermo lo vamos a visitar, a los compromisos que salgan” (Paulina, CIAM Comas)

Por otro lado, los usuarios de Pensión 65 de Comas asisten al CEDIF del INABIF, en el que, luego de almorzar, también hacen actividades como ejercicios y realizan juegos de mesa con otros adultos mayores hasta las 5pm de lunes a viernes. Sin embargo, Rolando, Gerónimo y María comentaron que solamente se reúnen con los otros adultos mayores cuando acuden al CEDIF y, luego, vuelven a sus casas. Es decir, no se vinculan más allá que en dicho espacio. Con respecto a los entrevistados de Huaral, la mayoría mencionó que únicamente salen a pasear con sus amigos/familiares o se quedan conversando con sus vecinos; sin embargo, también hay personas que no suelen salir y se quedan en sus casas.

“Bueno, a veces me salgo por el pueblo y con mis amigos estoy sentado, conversando, así nomás estoy. A veces compramos nuestra gaseosita y ya de ahí me canso y me voy a mi casa. Mi única diversión es eso pues nada más... qué más puedo hacer pues” (Julian, P65 y CIAM Huaral)

“A veces salimos al parque, nos sentamos, pero a mi esposo poco le gusta salir. A la misa voy yo todos los domingos a las 6 de la tarde y a las 8 regreso” (Claudia, P65 y CIAM Huaral)

²⁹ Discurso que también manejan las encargadas del CIAM Comas. Se hace referencia al “mantenerse activo para sentirse vivo”.

“Puedes criar animalitos en tu casa y estás feliz, tranquilo ¿no? Dando de comer, dando agua. Si no tienes animales en tu casa estás triste, sentado, no haces nada...” (Julian, P65 y CIAM Huaral)

8.2 Diferencias en las dimensiones valoradas en los entrevistados

La única diferencia fundamental entre los propios adultos mayores es respecto a la **actividad laboral**, puesto que la mayoría de los usuarios de P65, tanto de Comas como Huaral, todavía valoran trabajar por la falta de dinero. De este grupo, los que ya no piensan en trabajar se debe a su estado de salud que no lo permite (como, por ejemplo, Gerónimo, Elda, Lucila y Victoria). Es importante recordar que existen 3 tipos de edades interrelacionadas (cronológica, fisiológica y social) y que no todos los adultos mayores se encuentran en mal estado fisiológicamente, por lo que todavía podrían trabajar. Una cuestión a resaltar es que, en todas entrevistas, los que buscaban trabajo no hicieron mención sobre la calidad de empleo ni los derechos laborales (dimensión de actividades económicas en el “bienestar”). Además, ninguno de los entrevistados ha asistido a una capacitación laboral por falta de oportunidades. En ese sentido, se ha identificado una falta de libertad para acceder a un puesto de trabajo de calidad que contemple sus derechos y deberes. En muchos casos, existe discriminación de acuerdo a edad cronológica para ingresar a un puesto laboral, lo cual, siguiendo la lógica de Sen, vulneraría las libertades de los adultos mayores para acceder al mercado laboral.

“Hace un mes estoy buscando trabajo, pero quién te va a dar trabajo a esta edad... tengo mi vecina que también tiene la misma edad y no consigue. Por la edad nadie nos quiere recibir y eso es verdad... pero quién sabe... podría ser” (Elda, P65 y CIAM Huaral)

“No, no me quieren dar trabajo, he buscado aquí, pero nada. No me quisieron dar trabajo... porque no somos conocidos pues [...] no quieren recibir pues... no mayores de edad ya no. Dicen que no avanzamos el trabajo... no

hacen muy bien el trabajo. Yo estaría adentro y yo trabajo, pero no quieren aceptar. Me gustaría ser carpintero” (Julio, P65 y CIAM Huaral)

8.3 Estrategias y recursos para enfrentar privaciones

Como se desarrolló en el marco teórico, hemos adoptado el supuesto teórico de que la vejez, de por sí, no supone una posición social ni positiva ni negativa –como se ha desarrollado en distintas teorías– sino que es un fenómeno social que debe ser analizado, al igual que otras etapas del ciclo de vida, en sus propias especificidades, teniendo en cuenta sus características y condiciones según el contexto en el que se encuentren. De esa forma, se reconoce la existencia de heterogeneidad al interior del grupo etario (distintas “vejezes”), en tanto construcción socio-histórica y dinámica que varía según el contexto y temporalidad, y se rechaza los estereotipos que naturalizan una imagen negativa de la “vejez”. Es decir, se asume una postura “propositiva”. No obstante, teniendo en cuenta las características de la PAM en el Perú, sobre todo a los pobres extremos de Pensión 65, es importante mencionar la noción de “vulnerabilidad social” que refiere al:

“Conjunto de características que tiene una persona, grupo o comunidad y que determina su capacidad para anticipar, sobrevivir, resistir y recuperarse del impacto de acontecimientos imprevistos”³⁰ (Sánchez-González et al 2011: 154).

Dos componentes principales de la vulnerabilidad social son los riesgos y los activos. Por un lado, los riesgos son las características sociales que determinan la vulnerabilidad de grupos como los adultos mayores; por ejemplo, exclusión social, problemas de salud, abandono y soledad que están vinculados con el contexto en el que se enmarcan (Sánchez-González 2011: 160). Por otro lado, el concepto de activos hace referencia al conjunto de recursos materiales e

³⁰ Estos acontecimientos pueden ser, por ejemplo, por riesgos naturales, conflictos internacionales o nacionales, crisis económica, problemas de vivienda y acceso, entre otros.

inmateriales, cuyo uso permite mantener, mejorar y enfrentar situaciones de vulnerabilidad (Sánchez-González 2011: 161). En ese sentido, la vulnerabilidad social es producto de la combinación entre riesgos sociales y activos en contextos determinados.

Teniendo en cuenta lo último mencionado, a continuación, se identificarán las estrategias que utilizan los adultos mayores entrevistados para enfrentar sus distintas privaciones (en caso puedan hacerlo).

En distintas entrevistas se ha encontrado que los vecinos son un actor importante, puesto que se apoyan mutuamente por distintos motivos; es decir, constituyen un activo. Por ejemplo, está el caso de Elda, quien a raíz de su estado de salud ya no puede trabajar vendiendo panes en la esquina de su barrio ni tampoco le dan empleo por su edad cronológica, pues, según comenta, siempre lo primero que le preguntan es “¿cuántos años tienes?”:

“Actualmente, estoy de para laboral, porque a raíz de la diabetes me duelen las piernas [...], entonces, me dedico a llevar a los niños del vecino al colegio, a recogerlos... como ellos [mis vecinos] trabajan, entonces me encargan, porque para otro trabajo ya no... ya no nos dan tampoco por la edad [...] a veces me dicen “señora, láveme mis servicios” y ya pues, me gano algo... no gano dinero, pero gano comida pues” (Elda, P65 y CIAM Huaral)

De esa forma, Elda logra satisfacer su alimentación y la de su esposo trabajando para sus vecinos, mientras que la Pensión 65 la utiliza para costear sus medicamentos.

“Esos 250 que nos dan [de Pensión 65] para pastilla nomás... los dos meses... después para la comida ya a veces mi hija que viene nos deja y lo que las vecinas le cuida sus hijos nos dan también. Prácticamente, trabajo para comer, porque ellas nos dan [comida]” (Elda, P65 y CIAM Huaral)

Una situación similar tiene Victoria, pues cuenta con el apoyo económico de una amiga vecina:

“[Con mi pensión] mi remedio compro, mis pastillas, entonces guardo ¿no? y si me falta yo me voy donde una amiga que tiene que pelar este... cómo se llama... fréjol canario. “Vamos Victoria, vamos pe”. Entonces, sentaditos varios pelamos. Y para qué... me regaló mi propina ¿no?” (Victoria, P65 y CIAM Huaral)

Por otro lado, los vecinos también apoyan en el tema del cuidado cuando uno se encuentra delicado de salud y no tiene con familiares dentro del hogar como en el caso de Claudia:

“Los vecinos nos llevamos tantos años que ellos me quieren bastante a mí. Pasan la voz a mis hijas [cuando estoy mal de salud], pero dicen “no te preocupes que yo la atiendo a la abuelita, porque ella es bien buena”, dicen. Como tengo tanta ropa que me mandan yo les regalo también y mira ve, ellos saben y nos ayudamos” (Claudia, P65 y CIAM Huaral)

En este caso, es importante notar el énfasis del apoyo recíproco que existe entre vecinos (activo), lo cual evidencia, en parte, la importancia de la dimensión de los “lazos y relaciones sociales” dentro del “bienestar”. Esto, especialmente en el caso de las mujeres, quienes se asocian con vecinas. Como se ha podido ejemplificar, así, se han encontrado diversas situaciones en el que las entrevistadas han pedido apoyo a sus vecinos, los cuales, más allá de satisfacer necesidades alimenticias, económicas o de cuidado, fortalecen las relaciones vecinales. Precisamente, la capacidad de contar con personas cercanas que pueden contribuir a afrontar distintas privaciones constituye parte importante dentro de su “bienestar”. Esto es fundamental, ya que la mayor parte de los entrevistados se encuentran desempleados y su principal ingreso es la Pensión 65/ONP y, esporádicamente, el apoyo económico familiar, por lo que no logran satisfacer todas sus necesidades que consideran básicas: todos los usuarios de pensión 65 mencionan que utilizan la mayor parte de su dinero únicamente en comida y medicamentos –este último no necesariamente cubierta a cabalidad–.

Siguiendo la dimensión de la seguridad económica, si bien en la mayoría de casos se recurre a amigos, vecinos o familiares ante una situación económica adversa, se encontraron tres personas que no pudieron afrontarlo de la misma forma.

“Antes de cobrar Pensión 65 [pensaba en pedir prestado dinero a mis vecinos], sí, pero me acobardaba “y si no me sale la Pensión 65 de qué le voy a pagar, me voy a quedar debiendo, porque trabajo no puedo, no me dan, me preguntan la edad, 80 años... estas cochinito me dicen”. Ven la edad y ven que uno no trabaja, entonces no te hacen favores, porque no tienes como devolver...” (Gerónimo, P65 Comas)

“A veces no tenía plata, no tenía nada, pero a nadie pido. Ellos [mis hijas] dicen que hable, que acaso no me van a dar, pero a veces pienso que con su esposo va a tener problemas: “su mamá que viene para sacar plata” (Lucila, P65 y CIAM Huaral)

Así, al final, Gerónimo no pudo recurrir a nadie por apoyo económico. Es importante tener en cuenta que, según él, solamente tiene una relación cordial con sus vecinos, sus únicos amigos son los que asisten al CEDIF del INABIF – de igual condición de vulnerabilidad– y que no cuenta con familiares que puedan apoyarlo. De esta forma, teniendo en cuenta –además– sus problemas de salud, no contó con los activos para afrontar la situación dadas sus múltiples privaciones. Por otro lado, Lucila no intentó pedir apoyo económico, porque siente que el esposo de su hija se va a molestar y generará problemas. Es importante tener en cuenta que casi todos los adultos mayores de Huaral tienen hijos en situación de vulnerabilidad, por lo que no pueden apoyarlos económicamente de forma constante. De esta forma, nuevamente, se hace evidente la importancia de las relaciones sociales dentro del desarrollo de una persona y, como plantea White, no podemos reducir el “bienestar” únicamente al plano individual sin tener en cuenta su aspecto “relacional”.

Dado que, en la mayoría de casos, la pensión y el apoyo familiar no es suficiente para cubrir todos los gastos, como se mencionó anteriormente, varios

adultos mayores todavía valoran la actividad laboral si tienen la posibilidad según su edad fisiológica. En ese sentido, se encontró que dos personas que trabajaban independientemente como recicladores, uno en Comas y otro en Huaral. Sin embargo, esta labor no refleja calidad de trabajo (indicador de la dimensión de actividades económicas). Esto, en parte, porque en sus distintas etapas de la vida se han visto privados de desarrollar capacidades laborales para desempeñarse en algún otro trabajo –la mayoría de los adultos mayores de Huaral provenían de familias económicamente pobres– y, porque no cuentan con las oportunidades para ser contratados como empleados por su edad.

“Yo me dedico, ahorita, ahorita, en reciclar. En campos ya no me reciben, porque ya estoy viejo ya me dicen. No me reciben en el campo. Yo paro con mi reciclaje y mi pensión y con eso ya estoy en mi casa ya y hago mis compritas para comer” (Julian, P65 y CIAM Huaral)

“Reciclo, eso es lo que me dedico... 60, 70 soles [al mes]... no trabajo, como te digo, sino reciclo. En vez de tomar desayuno me voy y reciclo y vengo a las 12pm a tomar almuerzo acá (INABIF) y salgo de nuevo a las 3pm, me voy a mi casa y llego a las 5pm, “recurriendo” juntando reciclo. Reciclo plásticos y botellas” (Rolando, P65 Comas)

Otra privación encontrada que no logra ser enfrentada es el aislamiento social por parte de los familiares. Esto es fundamental, ya que en todos los discursos de “bienestar” de los adultos mayores se enfatiza esta dimensión como importante (nuevamente, énfasis en el “bienestar relacional”). Por ejemplo, de acuerdo con Julio:

“[El año pasado] una vez me sentí abandonado por mi familia, por mi señora, todos mis hijos. Estuve mal con dolor de cuerpo, espalda... me dolía demasiado y nadie me atendía, no tenía medicinas nada, nada de nada. Y mi señora no... ahí sí no... por eso me sentía abandonado, hasta ahora me siento así. Hasta he pensado buscar un asilo...” (Julio, P65 y CIAM Huaral).

El señor menciona que no le ha comentado a su familia este problema, puesto que ellos reniegan cuando les conversa. Únicamente les ha contado dicho problema a sus amigos, porque tiene confianza en ellos para contarle temas personales. Otro caso es el de Victoria, quien no recibe apoyo emocional por parte de su hijo:

“Ahí de salud un poco estoy mal, mejor dicho, preocupación... mi hijo no me quiere. Mi hijo ya no... nunca ya no viene, por eso los dolores de hueso que agarro también compro pastilla. Descanso al tomar la pastilla” (Victoria, P65 y CIAM Huaral)

Con respecto a la discriminación, tratos injustos y humillación, la mayor cantidad de casos en los que se han sentido discriminados ha sido con respecto al trabajo, ya que comentan que no reciben las oportunidades debido a su edad cronológica, lo cual influye en su “capacidad de ir por la vida sin sentir vergüenza”, pues se sienten excluidos.

“Trabaje en una compañía y no me aceptaban, pero por la edad más que todo. Desde el comienzo te dicen “¿qué edad tiene?” y ya pues... no ven más” (Luis, CIAM Comas)

Asimismo, solo en una persona ha manifestado explícitamente que ha sufrido de tratos injustos y de violencia.

“Sí, me he sentido víctima de un maltrato psicológico, cuando su papá [ex-esposo] regreso de Chile, sin trabajo [...] dijo que quería regresar, que le cedan un cuartito, porque no tenía donde estar [...] le he dicho la casa es de mis hijos, pero tengo el temor, no lo siento sincero. A veces pienso que más adelante va a hacer problemas para quedarse con la casa” (Paulina, CIAM Comas)

Sobre la seguridad física, hay dos personas que han sentido amenazada su integridad. En ese sentido, por un lado, Julio comenta que ha tenido conflictos

con una vecina desde el 2006 hasta que, en el 2012, la tuvo que denunciar, porque la señora la amenazó con un machete:

“No quiere que se acerque nadie a su casa... ya hace tiempo desde el 2006, ahí discutimos y estamos así. Con esta señora yo tenía una denuncia que no se ha aclarado... yo la denuncié a ella, me amenazó con su machete, con palo...” (Julio, P65 y CIAM Huaral).

Por otro lado, Lucila comenta que se siente amenazada por una vecina que baldea su casa de adobe, por lo que la estructura se ha ido debilitando. Asimismo, encera el piso de la calle, según ella, con malas intenciones:

“Yo me caí y ellos se reían... esa vecina me tira agua a mi casa, baldea la casa, pero como es de adobe se cae... ella todavía tira agua y echa cera en el piso cantidad y uno se puede caer... yo te voy a denunciar le digo, pero no la he denunciado. Ella me amenaza” (Lucila, P65 y CIAM Huaral)

En este último caso, Lucila comenta que mantiene una buena relación con sus demás vecinos, por lo que la han apoyado mediante una colecta para remodelar parcialmente su casa con ladrillos. No obstante, los problemas con su vecina continuaron hasta el momento de la entrevista.

Solamente una persona ha sido víctima de robo. Es importante tener en cuenta que su única fuente de ingresos era la Pensión 65 que le robaron; sin embargo, recibió apoyo económico familiar para cubrir esos 2 meses.

“Yo me fui al banco a sacar mi pensión... me habrán seguido... fui a comprar pan, salgo y un señor en su carro dice que están controlando los billetes falsos y no sé qué. Me dice “no se lleva la plata así”, me agarro la cartera y “así se junta la plata“. Cuando me fijé dije “ya me fregastes” y me robaron, me estafó. 250 soles se lo llevaron, me hizo un “camabiazó” (Rolando, P65 Comas)

Con respecto a la dimensión de la “salud”, es importante dar cuenta que todos los adultos mayores entrevistados tienen al menos un problema de salud y que

3 de ellos –todos de Huaral– no contaban con ningún seguro de salud (Julio, Victoria y María). Asimismo, que pese a la importancia generalizada sobre la dimensión de salud en el “bienestar”, en la práctica, no todos acuden al centro de salud por distintos motivos. Por ejemplo,

“Por ahora no asisto a los centros de salud, porque me siento un poco bien... tengo problemas de la próstata que me arde, pero para irme yo a [hospital de] Collique es un problema... hay que hacer cola, hay que madrugar para hacer cola y sacar cita y a veces se alcanza para cita... a veces ya no alcanza y te dice “venga tal fecha” (Gerónimo, P65 Comas)

“A veces me caigo... ahora también ya en mis brazos de lo que me he caído, resbalón, no puedo moverlo para atrás del todo y siempre me duele. [Sin embargo] ni he ido [al hospital/doctor]... ahí en el seguro todo el día espero, no lo atienden para que voy. Te dan una pastilla para gastritis y ya, si no hay que sacar radiografía y de ahí te mandan para el hospital te dan vueltas, te citan para otra fecha, se aburre uno...” (Efraín, P65 y CIAM Huaral)

Gerónimo comenta que no va al centro de salud desde el 2015³¹, pese a que tiene distintos problemas como catarata en los ojos, úlceras y problemas en la próstata. Incluso, menciona que no ha podido comprarse unos anteojos, ya que el precio de estos sobrepasa el dinero que recibe de P65 (única fuente de ingresos). Por sus mismos problemas de salud, por no tener a alguien quien pueda acompañarlo y por la deficiente atención del hospital, no va a atenderse. Similar situación tiene Efraín, quien tiene dolores en su brazo, pero no acude al centro de salud por la demora en la atención. Estos dos ejemplos evidencian que, pese a contar con SIS (que representa únicamente un producto/medio), las oportunidades de acceder al servicio de salud no se hacen efectivas por otros factores, de tal forma que se priva su capacidad de mantener su salud.

Una diferencia importante es que los 4 entrevistados del CIAM Comas – quienes no reciben P65– cuentan con seguro de salud de EsSalud, por lo que

³¹ La entrevista se realizó el 16 de noviembre del 2016.

también asisten al CAM (Club del Adulto Mayor) de Comas y, de paso, a realizarse chequeos médicos como parte de las actividades cada cierto tiempo.

Se ha podido ver, además, que, pese a que varios de los entrevistados cuentan con el Sistema Integral de Salud (SIS), no todos podían acceder a medicamentos gratuitos, ya que en distintas ocasiones les decían que se habían agotado, por lo que tenían que comprarlos en farmacias o boticas. Esto, obviamente, resulta un gasto importante para ellos, sobre todo para quienes tienen como principal fuente de ingresos Pensión 65.

Por último, es importante dar cuenta que hay dimensiones del “bienestar” invisibilizadas por los mismos adultos mayores como, por ejemplo, contar con los servicios básicos dentro de la vivienda. Así, ninguno de los entrevistados de Huaral y una persona de P65 de Comas cuenta con desagüe; sin embargo, no la consideran dentro de sus discursos como una privación. Esto es importante, ya que los servicios básicos son medios que permiten desplegar un conjunto de capacidades en las personas como una buena salud, la cual, a su vez, permite desarrollar otro tipo de capacidades.

8.4 Contraste entre discursos: Política, CIAM y Adultos mayores

Una vez caracterizado el “bienestar” y sus dimensiones según los propios adultos mayores, así como las estrategias para enfrentar las privaciones, en los siguientes párrafos se hará un contraste entre los distintos discursos: política social que enmarca al CIAM, los servicios brindados por el CIAM y adultos mayores.

Como se ha visto anteriormente, los documentos de política únicamente plantean lineamientos generales para que las mismas municipalidades implementen el servicio, teniendo en cuenta las características de su población objetivo. Sin embargo, en las “Pautas y recomendaciones para el funcionamiento de los Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor (CIAM)” del MIMDES se plantearon 7 ejes básicos por los cuales deben orientarse las

actividades: 1) servicios educativos, 2) recreativos, 3) servicios de participación ciudadana, 4) servicios socio-legales, 5) servicios para el desarrollo de capacidades, 6) servicios deportivos y, finalmente, 7) servicios de salud. De todas estas dimensiones consideradas básicas, en el CIAM Comas se enfatizan las actividades recreativas y las deportivas (tai-chi, taller de manualidades, actividades físicas y actividades recreativas), mientras que en el CIAM Huaral, hasta la fecha, enfatiza las actividades recreativas (celebración de días festivos, paseos, reuniones para charlas y proyección de películas) y servicios de salud esporádicos (campañas de salud). De acuerdo con la encargada del CIAM Huaral, se plantea implementar, de acuerdo con el plan de trabajo, campañas de salud, talleres de alfabetización, paseos recreativos, celebración de actividades célebres y manualidades o tejido. Sin embargo, como se mencionó en el capítulo anterior, se espera que en julio del 2017 se logre implementar progresivamente las actividades.

Como se puede observar, en la práctica, el servicio del CIAM no logra implementar todos los ejes o dimensiones básicas que plantea la política, sino, más bien, que se enfoca con mayor intensidad en ciertas dimensiones como las recreativas y deportivas. Sin embargo, según Sen, es importante recalcar la multidimensionalidad del bienestar: no se rige bajo un solo criterio, sino un conjunto de criterios relacionados entre sí. Por otro lado, si comparamos con las dimensiones valoradas por los adultos mayores, si bien existe una coincidencia en la valoración de las actividades recreativas como positivas, en tanto se entretienen y logran formar amistades con otros adultos mayores, hay otros aspectos de sus vidas que consideran importantes y no son atendidos de igual manera; es decir, el “bienestar” de los adultos mayores no se puede basar únicamente en cuán activos son físicamente. De acuerdo con Sen, el desarrollo de las capacidades –que expresan libertades– son lo fundamental y se basan en las preferencias/valoraciones de las mismas personas; por lo tanto, teniendo en cuenta las distintas privaciones que sufren, es importante priorizar ciertas

dimensiones³², entendiendo que, probablemente, no sea posible abordarlas todas ni mucho menos solucionar los problemas.

Por ejemplo, con respecto a la dimensión de la salud existe una gran preocupación por parte de los adultos mayores, ya que esto los priva de poder desarrollar otras capacidades que consideran valiosas. Sin embargo, no existe un servicio permanente dentro del CIAM, a pesar de reconocer su importancia. Una posible solución puede ser reforzar la articulación de distintos servicios de adultos mayores (por ejemplo, con el CAM de EsSalud) con el fin de evitar la duplicidad de funciones y lograr implementar efectivamente un sistema permanente de monitoreo de salud de los adultos mayores. Esto, teniendo en cuenta, como se describió antes, que varios de los adultos mayores no acuden al servicio de salud, aunque sientan molestias y/o tengan enfermedades. En ese sentido, como plantea Maldidier, el territorio es un lugar que contiene interacciones entre distintos actores, proyectos y políticas, por lo que es importante abordar dichas relaciones a todo nivel: instituciones estatales, empresas privadas, gobierno local, etc. para lograr sinergias y articularse teniendo en cuenta el fin último: la población (2012: 80).

Un problema fundamental que, probablemente, no permita intervenir en la dimensión de las relaciones familiares es que el CIAM únicamente está enfocado en los adultos mayores sin tomar en consideración sus relaciones. Como plantea White en su concepto de bienestar personal (“Personal Wellbeing”), desde este enfoque, heredado de la psicología y economía, *“lo social se concibe principalmente como una contribución al bienestar individual o (también) como la suma de los bienes individuales. El individuo sigue siendo la unidad de análisis”* (2016: 11). Sin embargo, desde la perspectiva del bienestar relacional (“Relational wellbeing”), el bienestar no es una propiedad individual, sino que pertenece y se produce a través de las relaciones sociales (White 2016: 29). Si bien desde los documentos que configuran este servicio se plantea un enfoque intergeneracional y la participación de la familia y la

³² No basadas según la oferta de la Municipalidad, sino en la negociación y concertación según la demanda de los propios adultos mayores.

sociedad civil, esto no se logra en la práctica. Dentro de las relaciones familiares también se podría intervenir en la dimensión de la seguridad económica, ya que de acuerdo al artículo 7 (“Deberes de la familia”) de la Ley del adulto mayor N° 30490, los familiares, entre otras cosas, deben apoyar para satisfacer sus necesidades de salud, vivienda y alimentación. De esta forma, es pertinente, nuevamente, mencionar la importancia del enfoque territorial para realmente reflejar e intervenir en las dimensiones que las personas valoran e incluir a los actores importantes dentro del “bienestar” de los protagonistas: los adultos mayores. De acuerdo con White, *“el bienestar puede ser evaluado tanto a nivel individual como colectivo, pero su base está en los vínculos entre ellos: el bienestar se produce en la relación. En el mejor de los casos, un proyecto colectivo para mejorar el bienestar puede convertirse, así, en el medio por el cual se puede incrementar el bienestar”* (White 2009: 19).

Por último, referido especialmente al CIAM Huaral, en la que todos los asistentes son de P65, se ha identificado la necesidad de implementar estrategias para desarrollar las capacidades laborales de los adultos mayores para que estos logren satisfacer su privación económica, puesto que, quienes tienen posibilidades fisiológicas, están desempleados y valoran trabajar. En ese sentido, teniendo en cuenta el plan de trabajo, no se han planteado capacitaciones laborales ni articulación con otras organizaciones privadas o públicas para facilitar su inserción laboral. Según Sen, es importante tener en cuenta que los recursos económicos son un medio fundamental para lograr otras capacidades básicas y, por lo tanto, incrementar el bienestar. Estos empleos deberían reflejar la valoración de las propias personas teniendo en cuenta sus condiciones y sus derechos.

Así, una vez contrastadas las dimensiones en los 3 niveles, podemos dar cuenta que no existe concordancia entre lo que plantea el documento, la práctica y las propias personas. En ese sentido, como se adelantó en el capítulo 2, en los CIAM existe un enfoque de bienestar basado en el “buen servicio”, porque únicamente se enfoca en brindar efectivamente las actividades y los adultos mayores son concebidos como actores pasivos (no-

empoderados) sin mayor incidencia en las decisiones, pese a que ellos son los que se beneficiarán. Asimismo, en el servicio se valora un “bienestar personal”, marcado por un énfasis en lo psicológico, en tanto se centre en “mantener activo” y de “buen ánimo” al adulto mayor, sin necesariamente ahondar en otros aspectos importantes en sus vidas como lo relacional.

9. Conclusiones

A modo de conclusión, se puede mencionar en los CIAM analizados no se adopta un espacio institucionalizado de co-gestión del servicio, en el que los propios adultos mayores tengan la posibilidad de ser protagonistas de su propio “bienestar”. En ese sentido, existe una disociación en los énfasis de las dimensiones del “bienestar”, lo cual evidencia que los CIAM mantienen un enfoque basado en un “buen servicio”

Como se ha podido ver, actualmente nos encontramos en un proceso de descentralización y modernización de la gestión pública, lo cual supone mayores responsabilidades de los gobiernos locales y regionales en la gestión de las intervenciones sociales y la necesidad de monitorear y evaluar las intervenciones sociales basadas en los resultados en la población. De los 6 programas/servicios dirigidos a los adultos mayores, 3 son ejecutados directamente por las municipalidades: P65 + Saberes productivos, PNVD y CIAM. Precisamente, este último servicio analizado tiene la particularidad de ser una intervención flexible, en el sentido que los documentos de política únicamente plantean lineamientos generales para que las municipalidades implementen distintas actividades, teniendo en cuenta la realidad local. Sin embargo, pese a que la intención sea mayor pertinencia según las características territoriales de cada jurisprudencia y mayor eficiencia en verificar los impactos de los programas/servicios ejecutados, en Comas y Huaral no existe una co-gestión del servicio con los mismos adultos mayores, ya que las actividades y metas son planteadas solamente por las mismas municipalidades. En ese sentido, se ha visto en ambos casos que mantienen

casi las mismas dimensiones del “bienestar” y actividades, pese a que existan distintas necesidades según los discursos de los mismos adultos mayores. Por un lado, ambos CIAM abarcan de forma permanente son las actividades recreativas, educativas y deportivas, mientras que los servicios socio-legales y de salud se brindan cada cierto tiempo al mes. Asimismo, no existen instrumentos de monitoreo y evaluación que permitan verificar el impacto real en las personas del servicio brindado, por lo que solo se centran en brindar efectivamente las actividades que ellos plantean bajo una lógica de “bienestar” basada en el “buen servicio”. Es importante resaltar el esfuerzo de la Municipalidad de Comas y de Huaral para gestionar una intervención flexible como el CIAM; sin embargo, una problemática es la capacidad municipal para atender sus distintas funciones. Por ejemplo, en ambos, casos las funcionarias cumplían múltiples roles dentro de los gobiernos locales, lo cual les resta recursos y capacidades para poder enfocarse en todos los aspectos el CIAM.

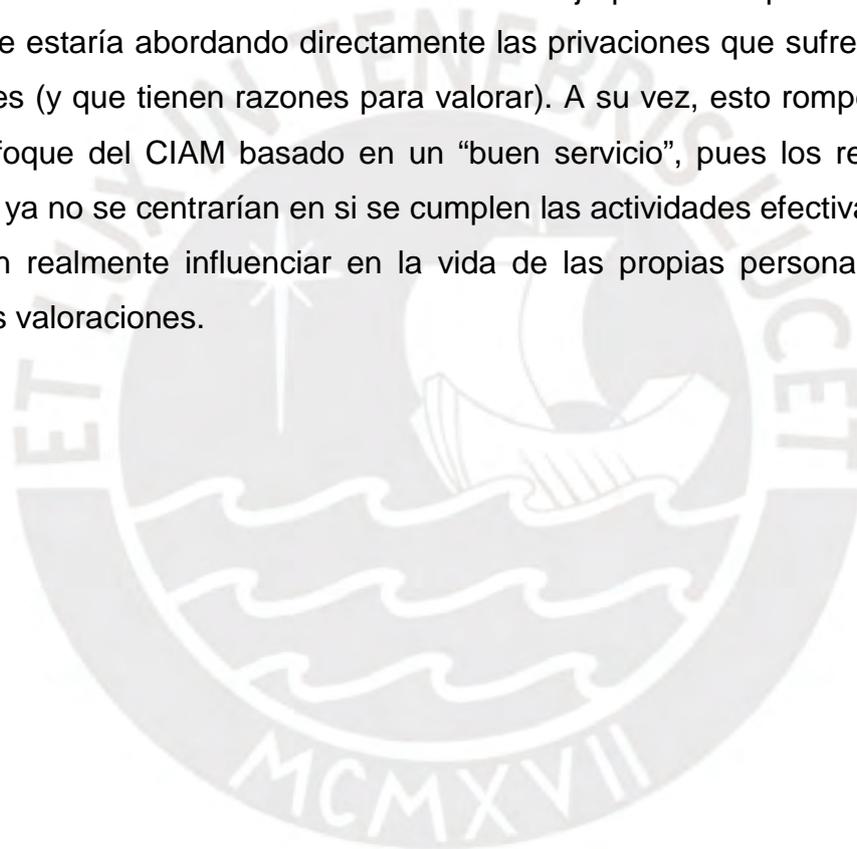
En ese sentido, por ejemplo, se descuidan dimensiones que los propios adultos mayores priorizan como las relaciones familiares y las actividades laborales en el caso de usuarios de P65. Esto, precisamente, se enlaza con la idea del enfoque territorial y el “empoderamiento” de los adultos mayores para que sean protagonistas de su propio desarrollo; es decir, que estos se sientan capaces, con el derecho de decidir y, efectivamente, tomen decisiones con respecto a sus vidas. La dimensión del “empoderamiento” (como medio y fin), vinculado con la propia gestión del servicio del CIAM, resulta fundamental para entender cómo funciona el servicio y los impactos que puede generar realmente en las vidas de los adultos mayores. Se ha visto que en ambos casos no existe una organización interna de adultos mayores dentro del CIAM que permita negociar los contenidos del servicio, así como tampoco las municipalidades promueven esto. No obstante, de acuerdo con Sen, el desarrollo de las personas se expresa en las libertades efectivas, como instrumento y finalidad, por lo que es imprescindible partir de esta premisa en la implementación de cualquier intervención social.

Las personas, entonces, deberían tener la libertad y la oportunidad real de poder negociar permanentemente cómo se gestionará el CIAM en todo sentido desde un espacio institucionalizado. Según Maldidier, *“esta negociación no apunta a realizar algunos ajustes para optimizar la ejecución del proyecto tal como ha sido predefinido, sino que abre a negociación, en la arena local, los campos mismos de intervención, los contenidos concretos, los grupos meta, las reglas y procedimientos de implementación”* (2012: 80). Así, se asegura la pertinencia y la constante negociación entre los actores, teniendo en cuenta que las necesidades priorizadas son cambiantes. Es decir, no basta con solo un diagnóstico situacional al inicio de la intervención, pues una intervención no se trata de un modelo lineal y racional, el cual está más orientado para la ejecución de obras físicas que para la realización de procesos complejos de cambio social (Maldidier 2012: 75). El diálogo constante, entonces, es fundamental, por lo que es necesario la acción colectiva organizada con adultos mayores empoderados.

Lo mencionado en el párrafo anterior permitiría la articulación con diferentes actores de distintos niveles importantes dentro del territorio como, por ejemplo, organizaciones que faciliten puestos laborales para adultos mayores, centros de salud para brindar atención médica permanente y las mismas familias. Así, escuchando la voz de las personas, se estarían brindando oportunidades efectivas que realmente se valoran y, por lo tanto, beneficiando al desarrollo de su bienestar.

Con respecto a otras dimensiones del “bienestar” que se han analizado, se ha visto que existen algunas consideradas en la literatura que los adultos mayores no necesariamente valoran explícitamente; sin embargo, la participación política y la educación son parte de sus derechos fundamentales e influyen, directa o indirectamente, en todas las esferas de sus vidas. Probablemente, la educación ya no sea valorada como prioridad en esta etapa del ciclo de vida, ya que existen otras prioridades. No obstante, hay casos de adultos mayores analfabetas, por lo que es un tema de derechos, incluso cuando ellos no lo contemplan así.

Por último, es importante mencionar que incluir a las relaciones familiares dentro de las dimensiones priorizadas a tratar supondría, en teoría, complementar el enfoque de bienestar personal/psicológico que predomina en la gestión del CIAM con uno relacional, de tal forma que sea posible concebir que las dimensiones objetivas, subjetivas y relacionales son interdependientes entre sí y que se influyen constantemente en un proceso. Esto, a su vez, supondría –parcialmente– eliminar el discurso que tienen las encargadas de los CIAM como si la intervención fuese una burbuja para “escapar” de la realidad, pues se estaría abordando directamente las privaciones que sufren los adultos mayores (y que tienen razones para valorar). A su vez, esto rompería la lógica del enfoque del CIAM basado en un “buen servicio”, pues los resultados del mismo ya no se centrarían en si se cumplen las actividades efectivamente o no, sino en realmente influenciar en la vida de las propias personas según sus propias valoraciones.



Bibliografía

- Aranibar, P. (2001). Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. *CEPAL - Serie Población y desarrollo*.
- Bobadilla, P. (2005). *Empoderamiento: un camino para alcanzar el desarrollo sostenible*. Lima.
- CEPAL. (2015). *Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo 1950-2100*. Obtenido de <http://www.cepal.org/es/estimaciones-proyecciones-poblacion-largo-plazo-1950-2100>.
- CEPAL. (S/A). *Desarrollo Territorial*. Obtenido de <http://www.cepal.org/es/temas/desarrollo-territorial>.
- COMMISSION SUR LA MESURE DES PERFORMANCES ÉCONOMIQUES ET DU PROGRÈS SOCIAL. (2009). *Informe de la Comisión sobre la Medición del Desarrollo Económico y Progreso Social*.
- De Castro, G. (2015). El bienestar, una conversación actual de la humanidad. *Icaria editorial*, 1-16.
- Donati, Paolo y Antonio Marín. (1987). La política social en el estado de bienestar: el desafío de los sistemas complejos. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*.
- Envejecimiento y vejez en América Latina y el Caribe: políticas públicas y acciones de la sociedad. (2001). *Serie Población y desarrollo*, 1-60.
- Fuller, Norma (Compiladora). (2002). *Interculturalidad y política: desafíos y posibilidades*. Lima: Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú.
- H. E., & A. P. (2008). *Los programas sociales en el Perú 1990-2007: del alivio a la superación de la pobreza*. Lima: Informe de coyuntura N° 026.
- Hartley, D. (2012). *Short introductions: Social Policy*. Polity Press.
- Huenchuan, Sandra y Luis Rodríguez-Piñero. (2010). *Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección*. Chile: CEPAL-CELADE.
- Kazet, R. (S/A). *Los estudios de casos y el problema de la selección de la muestra*. UCES.

- Long, N. (1999). The Multiple Optic of Interface - Analysis. *Analysis ground Paper on Interface Analysis. UNESCO.*
- Maldidier, C. (2012). Desarrollo territorial rural: ¿una oportunidad para incluir a los pobres en el desarrollo? *Encuentro N° 92*, 73-86.
- MINISTERIO DE LA MUJER Y DESARROLLO SOCIAL. (2006). *Plan nacional para las personas adultas mayores 2006-2010*. Obtenido de http://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgfc/diff/politicas_nacionales/5_PlanNacional_de_AdultoMayor_2006-2010.pdf.
- MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES. (2013). *PLANPAM 2013-2017: Plan nacional para las personas adultas mayores 2013-2017*. Obtenido de <http://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/planpam3.pdf>.
- MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES. (2016). *Programa de incentivos a la mejora de la gestión municipal 2016: Guía para el cumplimiento de la meta 31: creación o adecuación del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor – CIAM*. Lima: Biblioteca Nacional del Perú.
- Monnet, J. (2013). El territorio reticular. *Enfoques y métodos en estudios territoriales*, 137-167.
- NACIONES UNIDAS. (1982). *Plan de acción internacional de Viena sobre el envejecimiento*. Obtenido de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/plan_de_accion_internacional_de_viena_sobre_el_envejecimiento.pdf.
- Naciones Unidas. (1991). *Principios de las naciones unidas en favor de las personas de edad*. Obtenido de <http://www.acnur.org/fileadmin/scripts/doc.php?file=fileadmin/Documentos/BDL/2003/1640>.
- Naciones Unidas. (2002). *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. Obtenido de <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/CONF.197/9>.
- Olivera, Javier y Jhonatan Clausen. (2013). *Las características del adulto mayor peruano y las políticas de protección social*. Lima: Departamento de Economía – Pontificia Universidad Católica del Perú.
- OPHI y CAF. (2015). *Las dimensiones faltantes en la medición de la pobreza*. Colombia: Corporación Andina de Fomento.
- Osorio, P. (2006). *La longevidad más allá de la biología. Aspectos socioculturales*. Obtenido de <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/121804>.

- Osorio, P. (Mayo 2011). Calidad de vida en personas mayores en Chile. *Revista Mad - Universidad de Chile*, 61-75.
- Pérez, L. (1997). *Las necesidades de las personas mayores. Vejez, economía y sociedad*. Madrid: IMSERSO.
- Ponce, M. (2013). Pobreza y bienestar: una mirada desde el desarrollo. *Cuadernos del CENDES N° 83*, 1-21.
- Ramos, G. (2013). Antropología de la vejez en el Perú: Un vacío etnográfico. *Anthropía*(11).
- Sánchez-González, Diego et al. (2011). Enfoque de vulnerabilidad social para investigar las desventajas socioambientales: su aplicación en el estudio de los adultos mayores. *Nueva Época año 17 No. 69*, 151-185.
- Schejtman, Alexander y Julio Berdegué. (2004). *Desarrollo territorial rural*. Santiago de Chile: RIMISP.
- SEGURO SOCIAL DE SALUD (EsSalud). (2012). *Los centros del adulto mayor como modelo gerontológico social: la experiencia de EsSalud*. Lima: Biblioteca Nacional del Perú.
- Sen, A. (2000). *Desarrollo y libertad*. Barcelona: Editorial Planeta S.A.,
- Sen, Amartya y Martha Nussbaum. (1996). *La calidad de vida*. México DF: Fondo de Cultura Económica.
- USAID. (2011). *Proceso de descentralización: balance y agenda a julio de 2011*. Lima: USAID.
- White, S. (2009). *Analyzing Wellbeing: A framework for development practice*. UK: Centre for Development Studies.
- White, Sarah et al. (2016). *Cultures of Wellbeing: method, place, policy*. UK: University of Bath.

Anexo 1: Guía de entrevista para adultos mayores

Guía de entrevista - Personas adultas mayores

Presentación y ética del investigador:

Buenos días/tardes, señor/señora, mi nombre es Roberto Matsuda Guinoza, estudiante de la especialidad de sociología de la PUCP. Actualmente estoy realizando una investigación sobre el bienestar en adultos mayores. Por ello, agradecería mucho su participación en esta entrevista. Por favor, siéntase totalmente libre de expresarse: no hay respuestas buenas o malas. Toda la información que usted me brinde será utilizada únicamente para fines académicos. Antes de iniciar, quería preguntarle si está de acuerdo con que grabe la entrevista con el objetivo de no perder información valiosa. Por último, si tiene alguna duda o pregunta hágamelo saber, por favor.

Datos generales

1. ¿Cómo se llama?
2. ¿Cuántos años tiene?
3. ¿En dónde nació?
 - a. ¿Desde hace cuánto tiempo vive en Lima?
4. ¿Cuál es su grado de estudio?
 - a. (Si no ha estudiado formalmente) ¿Sabe leer y escribir?
5. ¿A qué se dedica actualmente?
 - a. (Si es jubilado) ¿Por qué motivos se jubiló?
6. ¿Cuál es su estado civil? ¿Tiene hijos? ¿Nietos?
7. Actualmente, ¿con quiénes vive?
8. ¿Desde hace cuánto tiempo es beneficiario de Pensión 65?

Condiciones de vida materiales

9. Actualmente, ¿cuáles son los medios por los cuales obtiene dinero?
 - a. En promedio, ¿cuánto dinero obtiene al mes?
10. En general, ¿en qué utiliza la mayor parte de su dinero?
11. ¿Considera que ese dinero le alcanza para vivir?
 - a. Por ejemplo, ¿qué necesidades cree usted logra satisfacer y cuáles no? (servicios básicos, vivienda, alimentación, salud, actividades recreativas, etc.)

Salud

12. Actualmente ¿cómo se encuentra de salud?
 - a. ¿Con qué frecuencia se dirige al centro de salud?
 - b. Actualmente, ¿cuenta con algún seguro de salud?
 - c. Generalmente ¿cómo va al centro de salud?
 - d. Aproximadamente ¿cuánto tiempo demora en llegar?
 - e. En el centro de salud al que acude ¿los doctores pueden tratar efectivamente sus problemas?
 - f. ¿Cuentan con todos los medicamentos que usted necesita?
13. ¿Cuenta con familiares y/o amigos que pueden cuidarlo en caso necesite cuidado por problemas de salud?

Educación

14. ¿Alguna vez ha participado en algún un programa de educación básica o superior?
 - a. ¿Hace cuánto tiempo?
 - b. ¿Quién organizó el programa?
 - c. ¿Cómo llegó a participar en dicho programa?
15. ¿Alguna vez ha participado en algún programa/taller de capacitación laboral?
 - a. ¿Hace cuánto tiempo?
 - b. ¿Quién organizó el programa/taller?
 - c. ¿Cómo llegó a participar en dicho programa/taller?
 - d. ¿Las capacitaciones laborales fueron de su interés?

16. ¿Considera que la educación que usted ha recibido a lo largo de su vida le permite o permitió desarrollarse en un trabajo que le guste?

Actividades económicas

(Si es que tiene trabajo)

17. Como me mencionó anteriormente, usted cuenta con trabajo remunerado ¿cómo llegó a ese empleo?
- Aproximadamente ¿cuántas horas trabaja al día?
 - ¿Su centro de labores es formal o informal?
 - ¿Le brindan seguro de salud? (en el caso de ser empleado en trabajo formal)
 - Según su percepción, ¿siente que se respetan sus derechos laborales? ¿Cómo así? (en caso de ser empleado)
 - ¿Se siente satisfecho con su trabajo?
 - ¿Siente que las personas que trabajan con usted lo valoran?
 - Si tuviera la posibilidad de elegir otro trabajo ¿cambiaría?

(Si está en busca de empleo)

18. ¿Hace cuánto tiempo está desempleado?
19. ¿Hace cuánto tiempo está buscando un empleo?
20. De acuerdo a su edad ¿siente que existen limitaciones para encontrar trabajo? ¿Por qué lo siente así?

Actividades recreativas

21. Actualmente, ¿qué actividades recreativas realiza usted en sus tiempos libres?
- ¿Con qué frecuencia a la semana realiza dichas actividades?
 - Generalmente, ¿Con quiénes realiza dichas actividades?
 - ¿Cómo se organiza para realizarlas?
 - ¿Cree usted que existen limitaciones para realizar esas actividades? Por ejemplo, ¿qué tipo de limitaciones?
 - ¿Qué es lo que más disfruta al realizar dichas actividades?
22. ¿Qué otro tipo de actividades recreativas le gustaría realizar?
- ¿Qué impide que pueda realizar dichas actividades?

Participación política

23. ¿Cuenta con DNI?

24. ¿Usted ha participado en el Presupuesto Participativo dentro de su distrito?
- ¿Cómo fue su experiencia?
 - ¿Siente que las opiniones de los adultos mayores son reconocidas?
25. ¿Usted participa en alguna organización civil? ¿Cuál?
- ¿Cómo participa en dicha organización? ¿Qué actividades realiza?
 - ¿Siente que las opiniones de los adultos mayores son reconocidas por los demás? ¿Cómo lo nota?
26. En general ¿siente que los adultos mayores tienen espacios de representación política suficientes?

Lazos y relaciones sociales

27. ¿Podría contarme detalladamente cómo es un día típico en su vida? (qué suele hacer, con quiénes, cómo, etc.)
28. ¿Cómo es su relación con su familia?
- ¿Cuántos días a la semana la pasa con su familia?
 - Generalmente, ¿qué tipo de actividades realizan juntos?
29. ¿Cómo es su relación con sus amigos?
- ¿Cuántos días a la semana la pasa con sus amigos?
 - Generalmente, ¿Qué tipo de actividades realizan juntos?
30. ¿Cómo es su relación con sus vecinos?
- ¿Cuántos días a la semana la pasa con sus vecinos?
 - Generalmente, ¿Qué tipo de actividades realizan juntos?
31. ¿Qué tan satisfecho se encuentra con sus familiares, amigos y vecinos?
- ¿Siente que puede confiar en ellos para contarle sus temas personales?

Seguridad económica

32. ¿Cuenta con un seguro de pensión? (solo para adultos mayores no beneficiarios de P65)
- ¿Qué tipo de seguro es?
33. Actualmente, ¿cuenta con apoyo familiar para sus gastos en general?

- a. Por ejemplo, ¿en qué tipo de gastos lo apoyan?
34. En situaciones económicamente adversas ¿tiene a quién acudir por apoyo económico?
¿Quiénes?
35. En los últimos 3 meses, ¿ha tenido que acudir por apoyo económico?
- a. ¿Quién o quiénes lo apoyaron económicamente?
 - b. ¿Considera que el apoyo económico que recibió fue suficiente para superar/mitigar dicha situación?

Capacidad de ir por la vida sin sentir vergüenza

36. ¿Considera usted que alguna vez ha sido tratado injustamente por ser adulto mayor?
- a. ¿Con qué frecuencia ha sentido que lo trataron injustamente?
 - b. ¿Cómo lo trataron injustamente?
37. ¿Considera usted que alguna vez ha sido humillado por ser un adulto mayor?
- a. ¿Con qué frecuencia siente que lo han humillado?
 - b. ¿Cómo lo han humillado?
38. ¿Considera usted que alguna vez ha sido discriminado por ser adulto mayor?
- a. ¿Con qué frecuencia se ha sentido discriminado?
 - b. ¿Cómo lo han discriminado?

Seguridad física

39. Durante su vejez ¿alguna vez se ha sentido amenazado por alguna persona?
- a. ¿Quiénes lo amenazaron?
 - b. ¿Cómo lo han amenazado?
 - c. ¿Pudo recurrir a alguna persona /autoridad para pedir ayuda o comentarle el hecho?
40. Durante su vejez ¿alguna vez ha sido víctima de maltrato físico?
- a. ¿Quiénes lo maltrataron?
 - b. ¿Cómo pasó? ¿Denunció el hecho a la policía?
41. Durante su vejez ¿alguna vez le han robado?

Indagación de otras dimensiones

42. Aparte de los temas que hemos conversados, en general ¿qué otro tipo de actividades o necesidades considera importantes para su calidad de vida?
- a. ¿Cuáles cree que son los aspectos más importantes?
43. Podría, por favor, imaginarse cómo sería un adulto mayor feliz. Podría describir cómo es y qué hace.
- a. Según usted, ¿qué cosas serían lo más importante para que sea feliz?

Usuarios del CIAM

44. ¿Con qué frecuencia asiste a las actividades del CIAM?
45. ¿Considera que las actividades brindadas por el CIAM contribuyen a su bienestar?
- a. ¿En qué forma?
- b. ¿Qué aspectos de su vida siente que no son atendidos o son descuidados?
46. ¿Los adultos mayores que asisten al CIAM están organizados?
47. ¿Sienten que tienen el poder de pedir/modificar una actividad del CIAM?
48. ¿Existen espacios dentro del CIAM para negociar actividades que se brindan?
49. ¿Qué recomendaciones o cambios haría al CIAM?
50. ¿Cómo sería su visión ideal del CIAM?

Cierre

51. ¿Qué cambios le gustaría que haya en su vida?
52. ¿Cómo cree que cambiará su vida en los siguientes años?
- ¡Muchas gracias por su tiempo! ☺

Anexo 2: Guía de entrevista para encargadas del CIAM y Sub-gerentas

Guía de entrevista – Encargadas del CIAM y Sub-gerentas

Presentación y ética del investigador:

Buenos días/tardes, señor/señora, mi nombre es Roberto Matsuda Guinoza, estudiante de la especialidad de sociología de la PUCP. Actualmente estoy realizando una investigación sobre el bienestar en adultos mayores. Por ello, agradecería mucho su participación en esta entrevista. Por favor, siéntase totalmente libre de expresarse: no hay respuestas buenas o malas. Toda la información que usted me brinde será utilizada únicamente para fines académicos. Antes de iniciar, quería preguntarle si está de acuerdo con que grabe la entrevista con el objetivo de no perder información valiosa. Por último, si tiene alguna duda o pregunta hágamelo saber, por favor.

Datos generales

53. ¿Cómo se llama?
54. ¿Cuántos años tiene?
55. ¿En dónde nació?
56. ¿Cuál es su grado de estudio?
57. ¿Ha tenido experiencia previa en otro tipo cargo vinculado a adultos mayores?
58. ¿Cuál es su cargo dentro del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor (CIAM)?
59. Antes de entrar a su cargo, ¿recibió capacitaciones sobre cómo trabajar con adultos mayores?
 - a. (En el caso que sí) Podría, por favor, describirme en qué consistieron las capacitaciones

- b. ¿Quiénes la realizaron?
60. ¿Qué funciones tiene que cumplir en su cargo?

Concepción del adulto mayor

61. En general, en abstracto, ¿cómo describiría a los adultos mayores?
- a. En su opinión, ¿cuáles serían sus principales características?
 - b. Con respecto a los adultos mayores dentro de su distrito, ¿cuáles serían sus principales características?

Sobre diagnóstico situacional de adultos mayores

62. ¿La municipalidad llegó a realizar el diagnóstico situacional de personas adultas mayores del distrito antes de la implementación del CIAM?
- a. ¿Cuáles fueron los temas en los que se indagó?
 - b. En su opinión ¿cuáles fueron los hallazgos más importantes?
 - c. ¿Qué conclusiones sacaron al respecto?
63. ¿De qué manera sirvió el diagnóstico para la implementación del CIAM?

Contenido del CIAM

64. ¿Desde cuándo está operando el CIAM en este distrito?
65. ¿Cuáles son los objetivos del servicio?
66. ¿El CIAM se articula con otros servicios, programas, autoridades vecinales u organizaciones para realizar actividades? ¿Con quiénes?
- a. ¿Con qué objetivo se realizan dichas alianzas?
 - b. ¿Cómo es el trabajo conjunto? ¿Cada cuánto tiempo coordinan?
 - c. ¿Cuáles han sido los principales obstáculos?
67. Podría, por favor, describirme los servicios que se brindan en el CIAM
- a. ¿Qué objetivos tiene cada servicio?
 - b. ¿Cuáles cree que son los servicios prioritarios según las necesidades de los adultos mayores?
 - c. ¿Cómo se establecieron los servicios que se brindan? ¿Bajo qué criterios se establecieron esas actividades? ¿Con quiénes se dialogó?
 - d. ¿Los servicios han ido variando en el tiempo? ¿Cómo así?
 - e. ¿Alguna vez ha existido conflicto entre lo que ofrece el CIAM y los intereses de los asistentes?

- f. Desde su perspectiva, ¿cuáles son las principales limitaciones del CIAM para lograr sus objetivos?
68. ¿Los adultos mayores que participan en el CIAM están organizados para coordinar con los encargados del servicio público?
69. ¿El CIAM tiene un espacio de coordinación con los mismos beneficiarios para definir los servicios que se brindarán?
- ¿Cada cuánto tiempo se reúnen?
 - Podría, por favor, contarme cómo se desarrollan estas reuniones
 - ¿Hasta qué punto los mismos adultos mayores pueden influir qué servicio brinda o no el CIAM? Podría mencionarme algunos ejemplos, por favor
70. Hasta la fecha, ¿han realizado evaluaciones para verificar la efectividad de los servicios brindados?
- (En el caso que tengan) ¿Qué instrumentos han utilizado para la evaluación?
 - (En el caso que tengan) ¿Cuáles fueron los resultados?

Cierre

71. Para usted ¿cuál sería la visión ideal de un adulto mayor?
72. En general, ¿cuáles cree usted que son los aspectos más importantes en el bienestar de un adulto mayor?
- Específicamente en este distrito, ¿cuáles cree que son los aspectos prioritarios a tratar en el bienestar de los adultos mayores?
73. ¿Por qué cree usted que es importante este servicio?
74. En los siguientes 5 años ¿Cómo cree que será la situación de los adultos mayores en su distrito?
75. ¿Desearía agregar algo más? ¿Algo que se nos haya escapado?

¡Muchas gracias! 😊

