

Co-publicación BID-Eurosocial

Hugo Ñopo
Sofía Hidalgo

BID

Envejecimiento y atención a la dependencia en el Perú

Hugo Ñopo Sofía Hidalgo¹

Resumen

Perú, como la mayoría de los países de la región, enfrenta cambios demográficos importantes: la población adulta mayor aumenta a un ritmo acelerado mientras que los adultos y jóvenes disminuyen proporcionalmente. El instrumento por excelencia para el análisis demográfico, la pirámide poblacional, necesitará ser rebautizado pues para el año 2100 la distribución de la población no tendrá tal forma: tendrá mayor concentración alrededor de las edades mayores.

El “bono demográfico” que se gozaba en el país se está acabando aceleradamente. Se proyecta para el 2050 que la tasa de dependencia de los adultos mayores superará a la de los niños. Por lo cual, las necesidades de cuidado de los adultos mayores están empezando a ser más relevantes en la sociedad actual. Además, las condiciones económicas después de la jubilación son poco favorables pues el acceso al sistema de pensiones es considerablemente restringido.

Por tanto, resulta indispensable replantear el gasto social, de forma que responda a las necesidades de servicios de atención de la población mayor. Esta situación constituye un desafío para la oferta de servicios de atención a la población mayor en el país. Para esto debe repensarse el total del sistema que constituye la oferta: tanto los servicios brindados por el estado, como por las instituciones privadas y los hogares. La oferta de servicios públicos y privados es limitada y poco regulada. Por su parte, la carga del cuidado de los mayores por parte de las familias suele recaer principalmente en las mujeres. En conjunto, estos retos imponen serias limitaciones a las condiciones de vida, presente y futura, de los peruanos.

En este estudio se describen las condiciones de salud y socioeconómicas de los adultos mayores para poner en evidencia la demanda existente de los servicios de atención. Se realiza una descripción de la legislación vigente desarrollada en el Perú con el fin de visibilizar y proteger a la población adulta mayor. Finalmente, se analiza la oferta de los servicios de atención existentes brindados por parte del estado e instituciones privadas, identificando principalmente aquellos orientados a la población en situación de dependencia, y el rol de las familias como proveedoras de servicios de atención.

Clasificación JEL: H5, I18, J14, J18

Palabras clave: envejecimiento, dependencia, atención a la dependencia, cuidados de larga duración, inclusión social, América Latina y el Caribe, Perú.

¹ Los autores pertenecen al Grupo de Análisis para el Desarrollo-GRADE. Los comentarios de Natalia Aranco, Rita Sorio y Marco Stampini del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), así como del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables y del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social son especialmente reconocidos y agradecidos. La nota fue editada por Marcy Devine y Lyle Prescott. Esta nota técnica es el resultado de un esfuerzo conjunto del BID y EUROsociAL, y hace parte de una serie de estudios de caso en los que se aborda el envejecimiento y los servicios de atención a la dependencia en varios países de América Latina y el Caribe. Véase la página web del “Panorama de envejecimiento y atención a la dependencia” del BID en <https://www.iadb.org/es/panorama/panorama-de-envejecimiento>. Tanto el contenido como los hallazgos de este documento reflejan la opinión de sus autores y no las del BID, su Directorio ni los países que representan.

Contenidos

Resumen	1
1. Introducción	3
2. Demanda por servicios de atención para personas en situación de dependencia	5
1.1. El proceso de envejecimiento y sus desafíos	5
1.2. Condiciones de salud, discapacidad y dependencia funcional en la población mayor	7
1.2.1. Esperanza de vida y esperanza de vida saludable	7
1.2.2. Limitaciones, discapacidad, y dependencia funcional	8
1.2.3. Condiciones de salud de las personas mayores	11
1.3. Características socioeconómicas de la población mayor	13
3. El rol del sector público en los servicios de atención a la dependencia	19
3.1. Legislación relativa a la prestación de servicios de atención a la dependencia para las personas mayores	19
Política Nacional en relación a las Personas Adultas Mayores (PNPAM)	19
Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores (PLANPAM)	20
Ley de la Persona Adulta Mayor	20
Política Nacional Multisectorial para las Personas Adultas Mayores al 2030	21
Legislación complementaria	22
3.2. El rol del sector público en la provisión de servicios de atención a la población mayor	22
3.2.1. Servicios de atención a la dependencia	23
Centros de Atención para Personas Adultas Mayores - CEAPAM	23
Programa de Atención Domiciliaria - Padomi	25
3.2.2. Servicios para personas mayores autovalentes (prevención de la dependencia funcional)	26
3.2.3. Otros programas orientados a la población mayor	26
3.3. El rol del sector público en la regulación de la calidad de los servicios	27
4. El rol del sector privado en los servicios de atención a la dependencia	28
4.1. Cuidadores en el hogar remunerados	28
4.2. Oferta de cuidados familiares	28
5. Análisis y perspectivas del sistema de cuidado: desafíos futuros	31
Referencias	33
Anexo 1. Perfil de los cuidadores en el hogar de la persona mayor	37

1. Introducción

La esperanza de vida en Perú está aumentando considerablemente. Los avances recientes en las tecnologías sanitarias están salvando cada vez más la vida de los recién nacidos y prolongando la de otros, especialmente la de las personas mayores. Como resultado, los indicadores de vida se están acercando a los de países de ingreso alto ([Ñopo, 2020](#)).

En la legislación del Perú se entiende por persona mayor a todos aquellos que tienen 60 o más años de edad ([Ley N°30490](#)). La proporción de la población mayor en el total ha registrado un incremento notable en las últimas siete décadas. En el año 1950 las personas mayores representaban un 5.7% del total de la población, mientras que en el 2020 este porcentaje se ha incrementado al 12.7% ([INEI, 2021](#)). Se espera que la participación de la población mayor siga en aumento, y se proyecta que para el 2050 alcance el 22% de la población ([UNFPA, 2015](#)).

El proceso de envejecimiento trae consigo un aumento en la prevalencia de la dependencia funcional de las personas mayores, lo cual supondrá un reto para la sociedad. Será indispensable brindar más y mejores servicios de atención y cuidados de largo plazo a esta población. Este proceso de envejecimiento en el Perú, que se replica en buena parte de la región latinoamericana, trae desafíos que deben ser abordados. La nueva generación de personas mayores longevas necesitará tener la capacidad de poder financiar su sustento y será necesario contar con una oferta de servicios de cuidados de calidad que les permita tener una vejez con buena calidad de vida.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, los servicios de atención a la dependencia a largo plazo son principalmente aquellos orientados a brindar atención a las personas en situación de dependencia funcional, es decir, cuando *“la capacidad funcional ha disminuido a un punto en el que la persona ya no es capaz de llevar a cabo sin ayuda las tareas básicas de la vida cotidiana”* ([OMS, 2015](#)). El poder acceder a estos servicios de cuidados ayuda a las personas a aumentar su capacidad funcional al recibir asistencia en la realización de actividades básicas de la vida diaria.

Principalmente, el Estado tiene la obligación de brindar los servicios públicos necesarios para que las personas puedan ejercer sus derechos. En la Ley N°30490, “Ley de la Persona Adulta Mayor” se especifica que la entidad encargada de supervisar los servicios en beneficio de la población mayor es el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP). Dentro de los principales servicios que se brindan se encuentran los centros residenciales, centros de desarrollo y clubes de personas mayor, entre otros. De estos, solo los centros residenciales están diseñados para personas mayores funcionalmente dependientes, los demás están orientados principalmente a la población mayor autovalente.

Los servicios de cuidados privados se basan principalmente en cuidadores del hogar remunerados, es decir personas especializadas en servicios de cuidados para personas mayores, y centros residenciales, los cuales también se encuentran bajo la supervisión del MIMP. Para poder acceder a tales servicios privados se debe tener la capacidad financiera para afrontar los costos de los mismos. Por lo cual, en la mayoría de los casos, la población mayor debe tener un ingreso suficiente para poder financiar su vejez. Una fuente importante es el acceso a las pensiones, las cuales pueden ser solicitadas a partir del momento en que

la persona llega a la edad de jubilación. En Perú la edad de jubilación es de 65 años ([Ley N°26504](#)). No obstante, existen deficiencias en el sistema de protección social que podrían dificultar el acceso de las personas mayores a una pensión ([Aranco et al., 2022](#)).

Otra fuente de oferta de servicios para la población mayor en situación de dependencia funcional es el apoyo informal no remunerado. Tradicionalmente estos cuidados, ya sea a través de la ayuda de familiares o amigos, han sido la principal fuente de servicios de atención a las personas mayores, siendo las mujeres de la familia las que principalmente asumen este rol ([Defensoría del pueblo, 2019](#)). Existe, por lo tanto, una necesidad creciente de mejorar los servicios de atención a la dependencia a las personas mayores, no solo debido a la creciente demanda por estos servicios sino también porque la falta de una oferta asequible y de calidad perpetúa inequidades de género que no son justificables ([Miró Quesada y Ñopo, 2022](#)). Resulta indispensable repensar el sistema de atención a la dependencia de largo plazo del país.

Con este documento pretendemos contribuir al conocimiento acerca del proceso de envejecimiento en el Perú y los desafíos que esto conlleva en términos de la demanda y la oferta de servicios de cuidados de largo plazo. Para ello describimos la situación actual de la población mayor, el marco institucional que regula la atención a la dependencia funcional y la oferta de servicios disponibles para esta población. En la Sección 2 se presenta una contextualización de la demanda por servicios de atención a la dependencia para personas mayores. En la Sección 3 se muestra una breve descripción del papel del gobierno en la oferta de servicios de cuidado y programas de protección, así como del marco institucional en el que se inserta. En la Sección 4 se presenta la oferta de servicios privados de apoyo en el país. Por último, en la Sección 5, se analizan los principales desafíos en el país en el área de atención a la dependencia, y aquellos que se presentarán en el futuro.

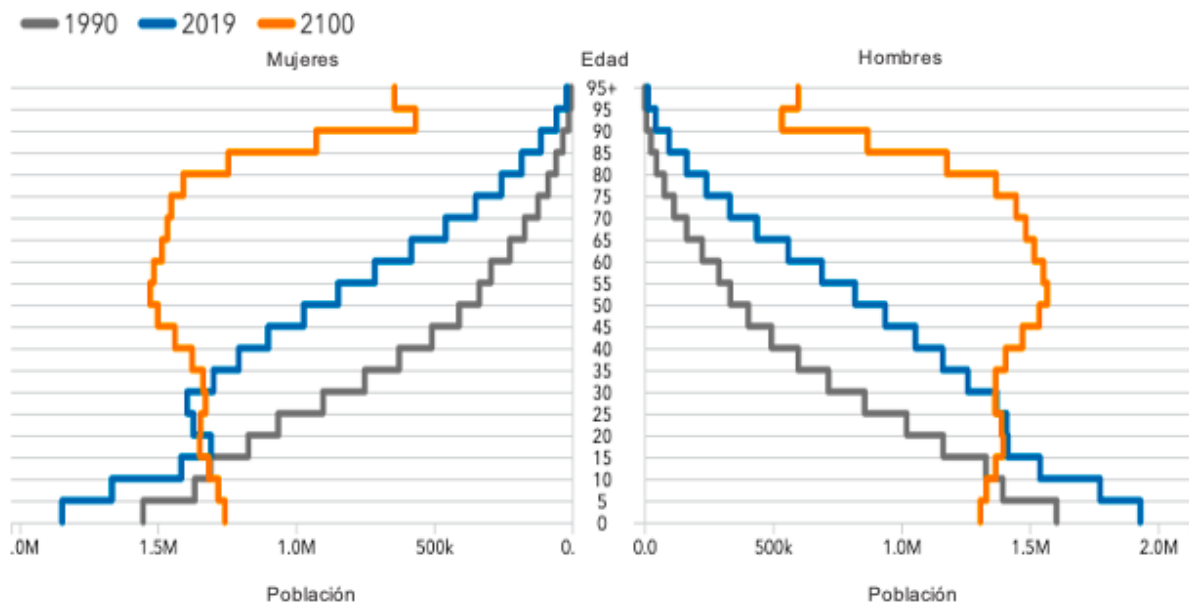
2. Demanda por servicios de atención para personas en situación de dependencia

1.1. El proceso de envejecimiento y sus desafíos

Actualmente, en América Latina y el Caribe más del 8% de la población tiene 65 años de edad o más; para 2050 se estima que la cifra se duplicará, hasta alcanzar el 17.5%, y para finales de siglo, superará el 30% (Álvarez, 2020). La pirámide poblacional cambiará sustancialmente en las décadas siguientes, tanto en América Latina como en el Perú.

En la Figura 1 se presenta la variación entre 1990 y 2019 y la proyección de la composición poblacional en el 2100. Se puede observar que entre 1990 y 2019, el incremento más pronunciado ha ocurrido en la población mayor de 30 años. Para el año 2010 se espera que la pirámide poblacional tenga una forma muy diferente a la que comúnmente conocemos. De hecho, ya no tendrá más sentido llamarla “pirámide” pues su forma corresponderá más a la de un cilindro que a una pirámide invertida, mostrando un considerable aumento de la población adulta (mayor a 40 años) y disminuyendo drásticamente el total de la población joven.

Figura 1. Perú: Pirámide poblacional; 1990, 2019 y 2100.



Fuente: [IHME \(2021\)](#).

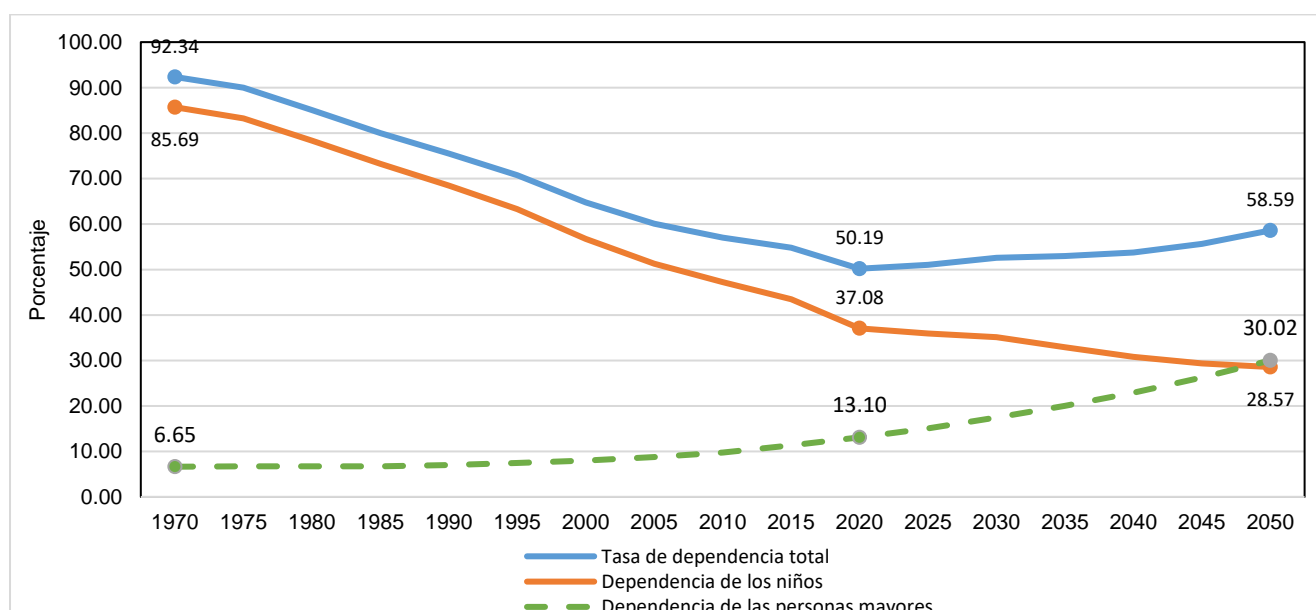
Nota: Las proyecciones de la población total se modelan en función a la tasa de mortalidad, fecundidad y migración, haciendo uso de las estimaciones del Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study (GBD) 2017.

La tasa de dependencia económica es un indicador de cómo ha avanzado el proceso de envejecimiento en el país. Esta se define como el ratio entre el número de personas que no se encuentran en edad de trabajar (y por tanto son dependientes desde un punto de vista

económico) y la población en edad de trabajar. Más concretamente, en términos prácticos, se define como el ratio entre la población de 0 a 14 años (niños y jóvenes) más los mayores de 65 años (personas mayores), por un lado, y la población de 15 a 64 años, por otro. En tal sentido, es posible desagregar la tasa de dependencia en dos: los niños y jóvenes, y las personas mayores.

Como se observa en la Figura 2, este indicador ha disminuido para los niños y jóvenes, pero ha aumentado ligeramente para las personas mayores durante las últimas cinco décadas. El resultado agregado es que la tasa de dependencia económica total está disminuyendo. Pero estamos viviendo en el momento preciso de un punto de inflexión. A partir de ahora, se proyecta que la tasa de dependencia económica de las personas mayores y la tasa de dependencia económica de los niños se aproximarán. Para el año 2050 el indicador de dependencia económica entre las personas mayores será mayor que el de los niños.

Figura 2. Perú: Tasa de dependencia económica, 1970-2050.



Fuente: CEPAL - Estadísticas e indicadores. Elaborado por los autores.

Esta dinámica de las tasas de dependencia económicas es un reflejo de la dinámica intrafamiliar. Los aumentos en la participación de la mujer en la fuerza laboral experimentados en las últimas décadas se han relacionado con la disminución de la fecundidad, así como con los cambios correspondientes en el tamaño y la composición del hogar (CEPAL, 2018; Aranco et al., 2018). Como se verá en mayor detalle en la Sección 4.2, esto trae consecuencias importantes en la organización de la atención a personas en situación de dependencia funcional, ya que se reduce la red de cuidados informal tradicional.

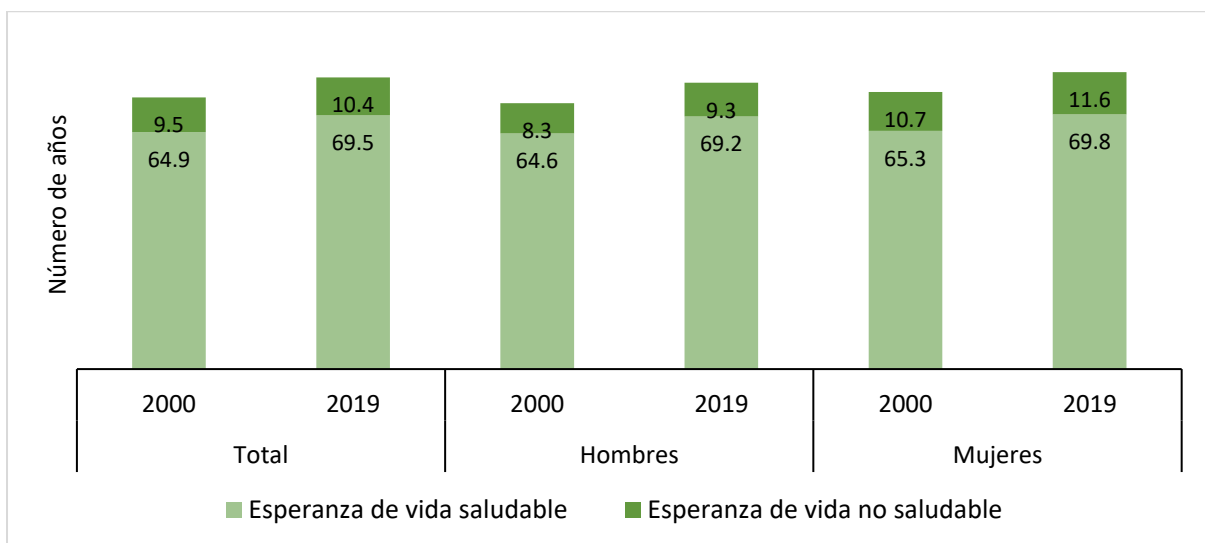
1.2. Condiciones de salud, discapacidad y dependencia funcional en la población mayor

1.2.1. Esperanza de vida y esperanza de vida saludable

Según la Organización Mundial de la Salud [OMS]², la esperanza de vida se define como el promedio de años que una persona espera vivir. La esperanza de vida saludable se define como el promedio de años que una persona espera vivir con "plena salud". La esperanza de vida promedio al nacer de los latinoamericanos en 2020 es de 75 años. Medio siglo antes, en 1970, la media era de 59. En cinco décadas, hemos ganado 16 años de esperanza de vida. Estas ganancias representaron ganancias sustanciales en el bienestar (Soares, 2009). Durante ese tiempo, las ganancias en la esperanza de vida en los países de la OCDE fueron menores. Como resultado, los indicadores de esperanza de vida de América Latina están ahora más cerca de los suyos ([OCDE, 2019](#)).

En la Figura 3, se observa la esperanza de vida saludable y no saludable en Perú. En el año 2000, la esperanza de vida era de 74 años aproximadamente, en el 2019 ésta es de alrededor de 80 años. Hoy en día, las mujeres viven en promedio 81 años de edad, mientras que los hombres viven en promedio 78 años de edad. Hace veinte años, estos números eran 75 y 72, respectivamente. El aumento de la esperanza de vida en Perú se explica mayoritariamente por un aumento en la esperanza de vida saludable de la población. Mientras que, en el año 2000, se estimaba que 65 de los 74 años que se vivían en promedio eran de vida saludable, en el 2019 los años de vida saludable aumentaron a casi 70 años, sin variaciones significativas en los años de vida no saludables en el período.

Figura 3. Perú: Esperanza de vida saludable y no saludable al nacer (número de años), 2000 y 2019.



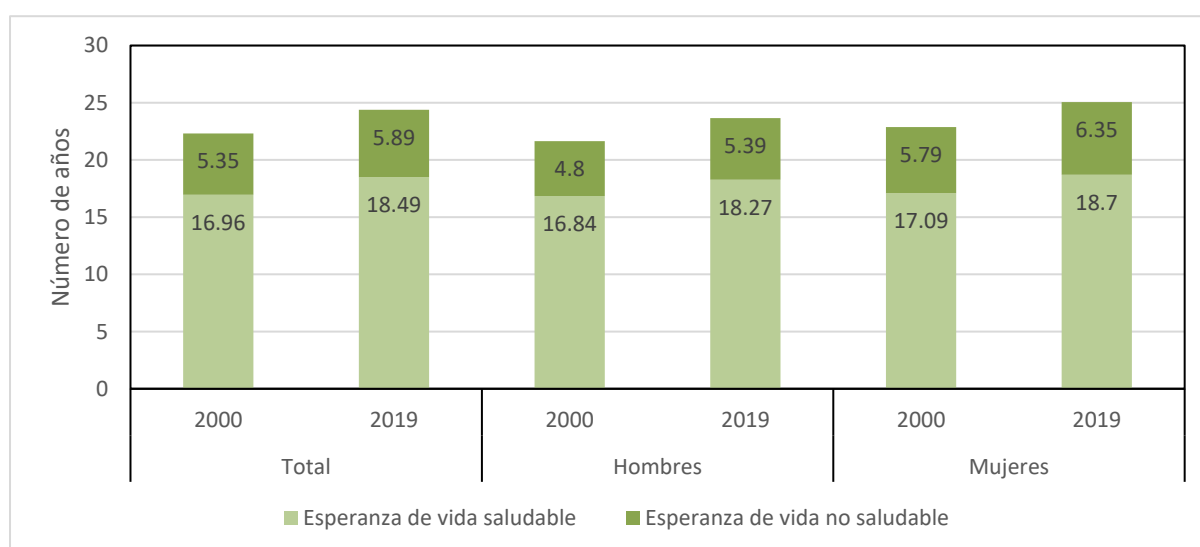
Fuente: OMS - Observatorio de datos.

Nota: La esperanza de vida no saludable se calcula como la diferencia entre la esperanza de vida y la esperanza de vida saludable.

² Ver en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-life-expectancy-and-healthy-life-expectancy>

En la Figura 4 se puede observar la variación entre el año 2000 y 2019 de la esperanza de vida de las personas a los 60 años de edad. Existe un ligero aumento tanto en la esperanza de vida saludable como en la esperanza de vida no saludable de las personas mayores. En el 2000, a los 60 años una persona tenía una esperanza de vida de 22 años, mientras que en el 2019 la esperanza de vida era de 24 años aproximadamente. Por lo cual, en casi 20 años solo se ha tenido una ganancia de 2 años. La Figura 4 también evidencia cómo la diferencia entre sexos se acentúa a edades más avanzadas, en particular, en lo que respecta a los años vividos en condiciones no saludables: las mujeres que llegan a los 60 años viven aproximadamente 2 años más que los hombres.

Figura 4. Perú: Esperanza de vida saludable y no saludable a los 60 (número de años), 2000 y 2019.



Fuente: OMS - Observatorio de datos.

1.2.2. Limitaciones, discapacidad, y dependencia funcional

A medida que las personas envejecen, es posible que presenten mayores dificultades para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria y que necesiten la ayuda de terceros para la realización de las mismas. Esto se debe a que el proceso de envejecimiento puede ocasionar un deterioro de las capacidades tanto físicas como cognitivas de las personas, lo cual a su vez podría generar la aparición de limitaciones que crean una situación de dependencia funcional, en la cual las personas mayores precisan ayuda de un tercero para la realización de actividades básicas de la vida diaria. De esta forma, existe cierta relación entre la probabilidad de estar en una situación de dependencia funcional y el proceso de envejecimiento.

Para el caso específico de Perú, no es posible identificar a la población mayor en situación de dependencia funcional. Debido a esto, el análisis que se realizará en la siguiente sección se basa principalmente en la presencia de situaciones de discapacidad. Estas pueden ser consecuencia de limitaciones físicas, sensoriales o cognitivas (ver Recuadro 1). No obstante, es necesario precisar que a pesar de que el concepto de discapacidad y dependencia

funcional están relacionados, son conceptos distintos. Por ejemplo, una persona ciega (limitaciones de la visión) puede ser totalmente autónoma en la realización de las actividades de la vida diaria, si cuenta con los apoyos materiales y el contexto adecuado para ello ([Aranco et al., 2018](#)).

Dicho esto, las personas que presentan algún tipo de limitación tienen más probabilidades de estar en una situación de dependencia funcional; es decir, de necesitar del apoyo de otras personas para realizar las actividades. En Perú, el 40.6% de las personas con algún tipo de limitación necesita del apoyo de terceros para realizar sus actividades diarias. Son sus propios familiares del hogar los que con mayor frecuencia los asisten en estas actividades ([INEI, 2021](#)). En el Recuadro 1, se presentan los conceptos que serán utilizados en el análisis.

Recuadro 1. Discapacidad, limitaciones, y dependencia funcional: conceptos, definiciones, y medición en Perú.

Según la Organización Mundial de la Salud, la dependencia funcional se define como la “disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales” ([OMS, 2015](#)). Se relaciona con la facultad para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) como comer, ir al baño, realizar el aseo personal, bañarse o levantarse de la cama, sin supervisión, dirección o asistencia ([Carretero et al., 2007](#)). Igualmente, se tiene en cuenta la capacidad para realizar actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), las cuales implican una complejidad cognitiva y motriz mayor, como: administrar dinero, transportarse fuera del hogar, cocinar, realizar compras o tomar medicamentos.

Como se menciona en el texto, en Perú no existen datos que permitan conocer el porcentaje de la población que presenta dificultades para la realización de las actividades de la vida diaria, por lo que el análisis de la necesidad de servicios de atención a la dependencia se realiza tomando como proxy a la población mayor en situación de discapacidad. La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CNUDPD) reconoce que “la discapacidad es un concepto que evoluciona” pues las maneras de desenvolverse en la sociedad están en constante cambio ([CNUDPD, 2006](#)). Las personas con discapacidad son aquellas que tienen “deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” ([CNUDPD, 2006](#)).

La discapacidad forma parte de la condición humana. De una u otra forma, es probable que todo el mundo la experimente, de forma permanente o temporal, en algún momento de su vida ([OMS y Banco Mundial, 2011](#)). El universo de personas con discapacidad es ampliamente diverso, y, más importante, ellas no se definen por su discapacidad ([Al Ju'beh, 2015](#); [OMS y Banco Mundial, 2011](#)). Las discapacidades pueden ser visibles o invisibles, y su aparición puede producirse al nacer o durante la infancia, la edad laboral, o la vejez.

Por otro lado, también se entiende por discapacidad a la interacción entre las personas que tienen algún problema de salud (por ejemplo, parálisis cerebral, síndrome de Down y depresión) y factores personales y ambientales (por ejemplo, actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles y apoyo social limitado) ([OMS, 2021](#)).

En el Perú, se define a la persona con discapacidad como aquella que “*tiene una o más deficiencias físicas, sensoriales, mentales o intelectuales de carácter permanente que, al interactuar con diversas barreras actitudinales y del entorno, no ejerza o pueda verse impedida en el ejercicio de sus derechos y su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que las demás*” ([Ley N°29973](#)).

La información estadística respecto a la discapacidad en el Perú se puede encontrar en el Censo poblacional, Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) y la Encuesta Nacional de Programas Presupuestales (ENAPRES). A través de diferentes

preguntas, se puede identificar aquellas personas que presentan limitaciones en cuanto a ver, oír, hablar, caminar, moverse, aprender, o relacionarse.

En la Tabla 1, se observa que al menos el 4.3% de la población total del país presenta al menos una limitación. A medida que la edad aumenta, el porcentaje de personas con limitaciones se incrementa. En el grupo de personas de 80 años a más, el porcentaje alcanza al 41.0%. Respecto al sexo de las personas, no se diferencian significativas en la incidencia de limitaciones.

Tabla 1. Perú: Porcentaje de población con al menos una limitación, según sexo y grupo de edad (2020).

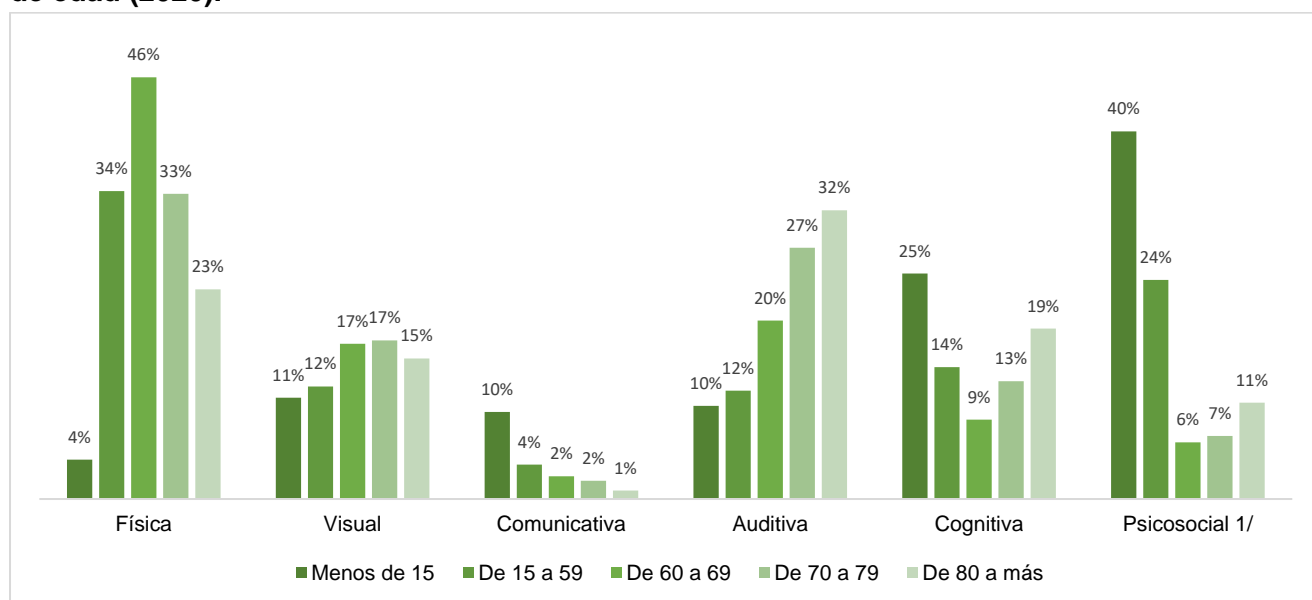
Edad	Hombres	Mujeres	Total
Total	4.5%	4.2%	4.3%
Menos de 15 años	1.6%	1.2%	1.4%
De 15 a 59 años	2.8%	2.2%	2.5%
De 60 a más	15.1%	15.3%	15.2%
Personas mayores			
De 60 a 69 años	8.6%	8.2%	8.4%
De 70 a 79 años	17.7%	16.6%	17.1%
De 80 a más	41.8%	40.5%	41.0%

Fuente: INEI-ENAH0 (2020). Elaborado por los autores.

Nota: Se toma como discapacidad a todas las limitaciones permanentes que incluyen moverse o caminar, ver, hablar o comunicarse, oír, entender o aprender y relacionarse con los demás.

En general, las limitaciones más prevalentes son las físicas. Un alto porcentaje entre las personas de todas las edades presentan este tipo de limitación. Entre los grupos de personas de edades más avanzadas, las principales limitaciones que se presentan son la física y auditiva, mientras que, entre los más jóvenes, la principal limitación es la psicosocial (Figura 5).

Figura 5. Perú: Tipos de limitaciones en la población con limitaciones, según grupos de edad (2020).



Fuente: INEI-ENAH0 (2020). Elaborado por los autores.

Nota: 1/ Cuando la persona presenta alguna limitación mental, referida a los trastornos mentales, que le dificulten o le impidan de forma permanente relacionarse con los demás, por sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas

1.2.3. Condiciones de salud de las personas mayores

De acuerdo con la OMS, después de los 60 años, las deficiencias, limitaciones y muertes son causadas principalmente debido a la pérdida de audición, visión y movilidad relacionada con la edad y las enfermedades crónicas no transmisibles. Estas últimas son caracterizadas por su larga duración y, en general, progresión lenta, e incluyen condiciones como cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, cáncer y demencia.

En la Tabla 2 se aprecia cómo, a medida que se incrementa la edad, el porcentaje de la población con enfermedades crónicas aumenta. En total, el 75.9% de la población de 60 años o más presenta al menos una enfermedad crónica, siendo este porcentaje mayor entre las mujeres que entre los hombres.

El proceso de envejecimiento implica, por lo tanto, un aumento en la importancia de las enfermedades no transmisibles o crónicas como causa de mortalidad y morbilidad de la población mayor. Como se puede observar en la Figura 6, en el Perú la principal causa de muerte son las enfermedades musculoesqueléticas, seguidas por las enfermedades cardiovasculares y respiratorias.

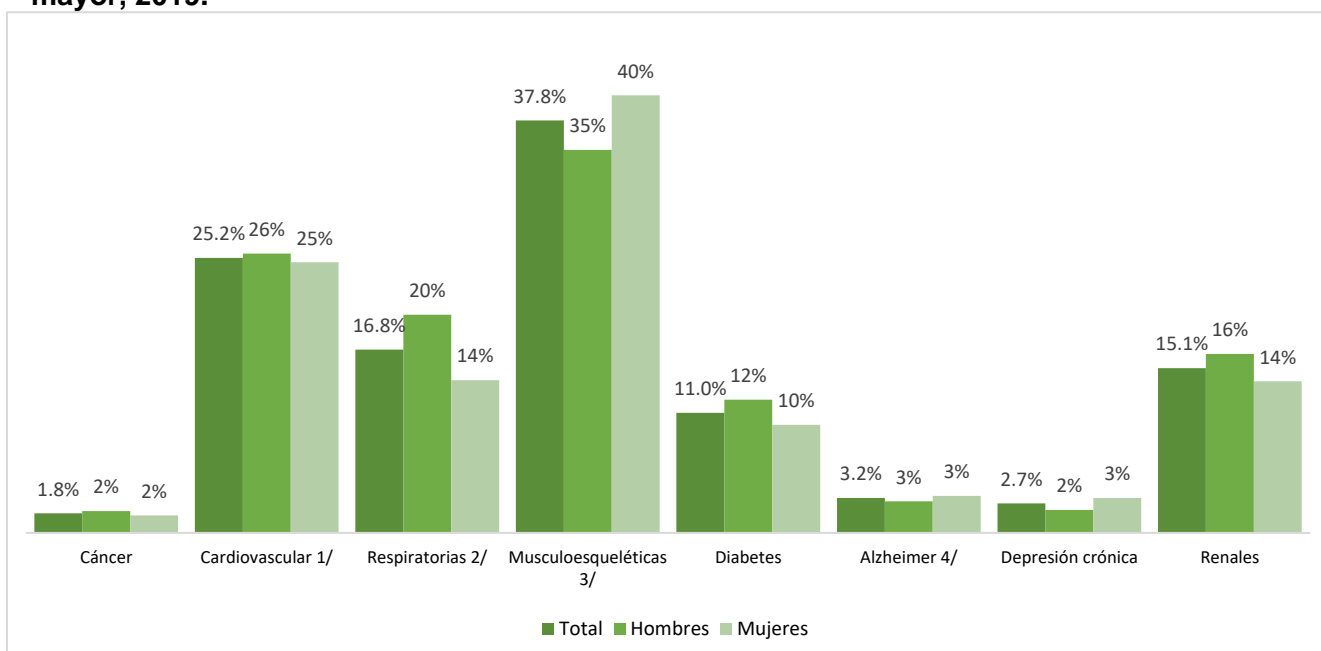
Tabla 2. Perú: Porcentaje de población con al menos una enfermedad crónica, según sexo y grupo de edad (2020).

Edad	Hombres	Mujeres	Total
Total	37.1%	47.3%	42.2%
Menos de 15 años	15.1%	17.3%	16.2%
De 15 a 59 años	32.5%	41.9%	37.2%
De 60 a más	69.9%	81.1%	75.9%
Personas mayores			
De 60 a 69 años	63.6%	77.3%	70.7%
De 70 a 79 años	76.5%	84.7%	81.0%
De 80 a más	85.0%	87.6%	86.5%

Fuente: INEI-ENAH0 (2020). Elaborado por los autores.

Nota: Se incluyen enfermedades crónicas como artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, VIH, colesterol, etc.

Figura 6. Enfermedades no transmisibles como causa de muerte en la población mayor, 2019.



Fuente: Adaptado de BID (2019). La fuente utiliza como base de datos el GDB Results Tool.

Nota: 1/ Enfermedades cardiovasculares: incluyen enfermedades isquémicas del corazón (EIC) y accidentes cerebrovasculares (ACV). 2/ Enfermedades respiratorias crónicas. 3/ Enfermedades musculoesqueléticas: incluyen artritis, osteoporosis, entre otras. 4/ Incluye otras demencias.

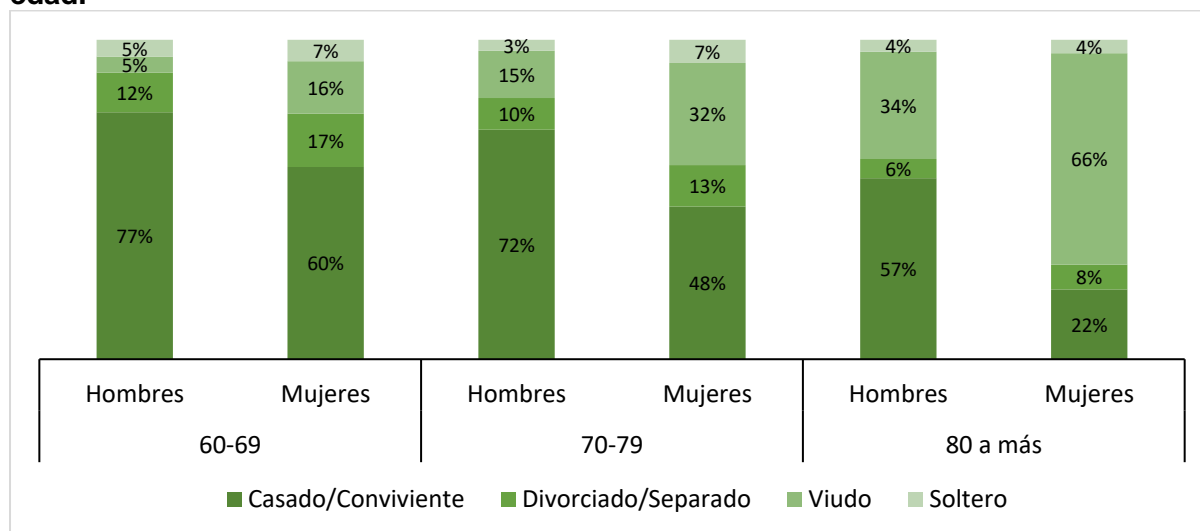
Esta caracterización es relevante porque la presencia de enfermedades crónicas se relaciona positivamente con la presencia de dependencia funcional, por lo que su aumento puede llevar a un aumento de la demanda de cuidados de largo plazo ([Aranco et al., 2022](#)).

1.3. Características socioeconómicas de la población mayor

En esta sección se analizan algunas de las dimensiones básicas que hacen a las condiciones de vida de las personas mayores: nivel de educación, situación socioeconómica y características del hogar, como insumo para analizar la capacidad de las personas mayores para enfrentar las necesidades de cuidado que requieran.

Las labores de cuidado son comúnmente proveídas por los familiares de las personas mayores, en muchos casos, los propios cónyuges. Como se observa en la Figura 7, a medida que aumenta la edad, el porcentaje de personas mayores viudas se incrementa, en particular entre las mujeres. En el grupo de 80 años o más el porcentaje de hombres viudos es de 34%, mientras que hay un 66% de mujeres viudas. Esto puede explicarse por una mayor longevidad entre las mujeres y por la tendencia a casarse o unirse con hombres mayores que ellas ([Span, 2016](#)). Igualmente, en el mismo grupo de edad, hay un 57% de hombres casados/convivientes y un 22% de mujeres en esta situación, debido a que es más probable que los hombres vuelvan a casarse o a tener pareja luego de enviudar ([Span, 2016](#)). Estas tendencias en el estado conyugal de las personas mayores tienen implícito un importante componente de género en lo que tiene que ver con el cuidado: las mujeres no sólo son quienes cuidan mayoritariamente, sino que también, quienes tienen una red familiar más pequeña al momento de necesitar ellas mismas de cuidados.

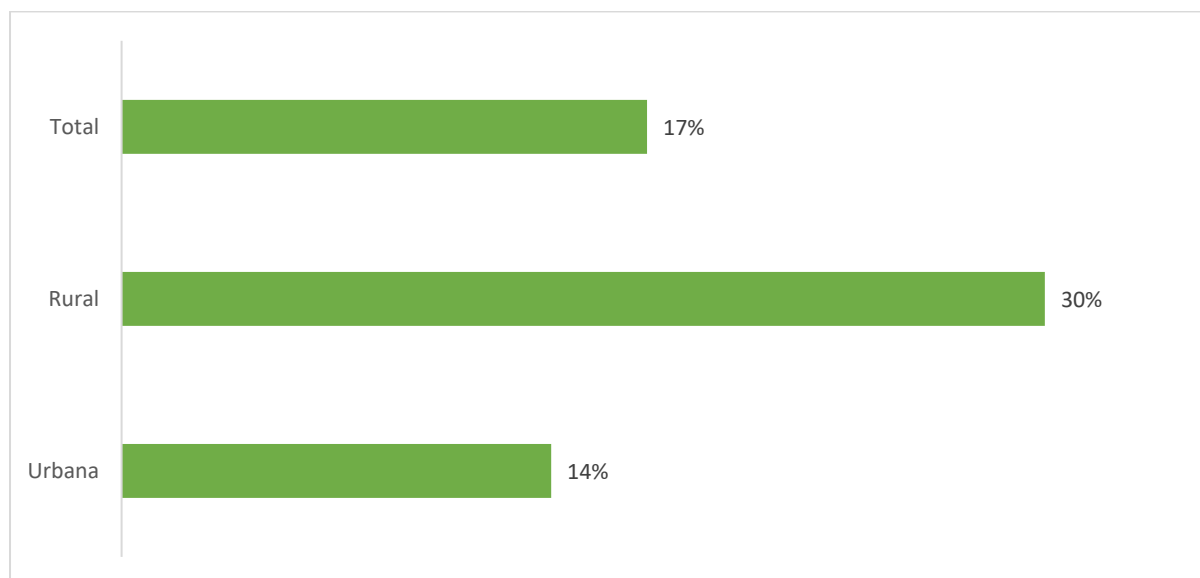
Figura 7. Perú: Distribución de población mayor por estado conyugal según grupo de edad.



Fuente: INEI-ENAH0 (2020). Elaborado por los autores.

La población mayor se encuentra principalmente en áreas urbanas. En total, el 81% de las personas mayores vive en zonas urbanas. No obstante, del grupo de personas mayores que se encuentra en situación de pobreza (17% del total de la población mayor), en su mayoría residen en zonas rurales.

Figura 8. Perú: Porcentaje de población mayor en situación de pobreza según área de residencia (2020).

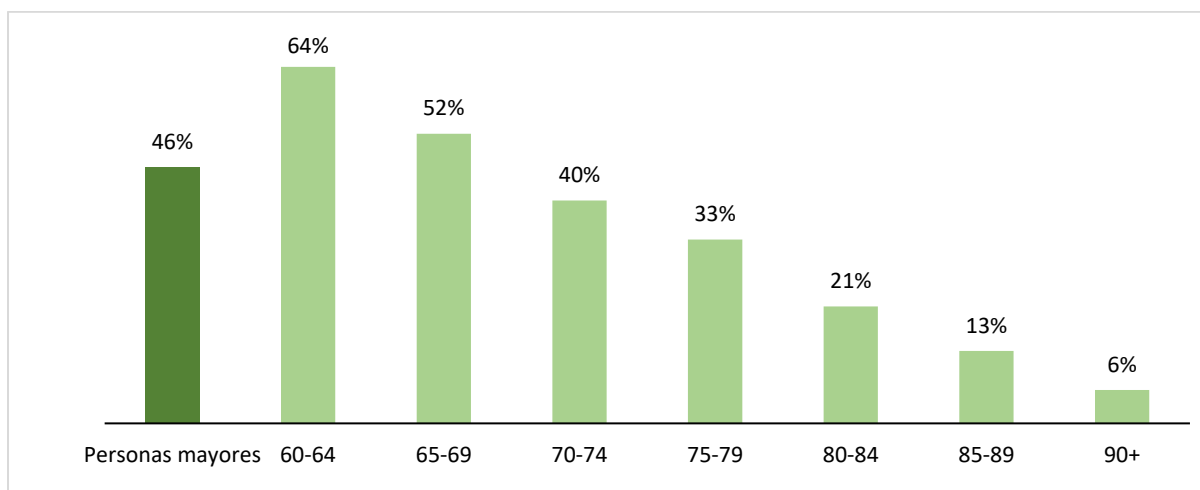


Fuente: INEI-ENAH0 (2020). Elaborado por los autores.

En total, el 46% de la población de 60 años o más se encuentra ocupada en el mercado laboral. Un adulto podría decidir seguir trabajando después de la edad de jubilación por una combinación de dos razones: (i) para mantener un estilo de vida activo; (ii) por necesidad económica. La tasa de ocupación para la población de personas mayores disminuye con la edad, pero aun así, hay un alarmante 13% de personas entre 85 y 89 años de edad, y un 6% de personas mayores de 90 que todavía están trabajando (Figura 9).

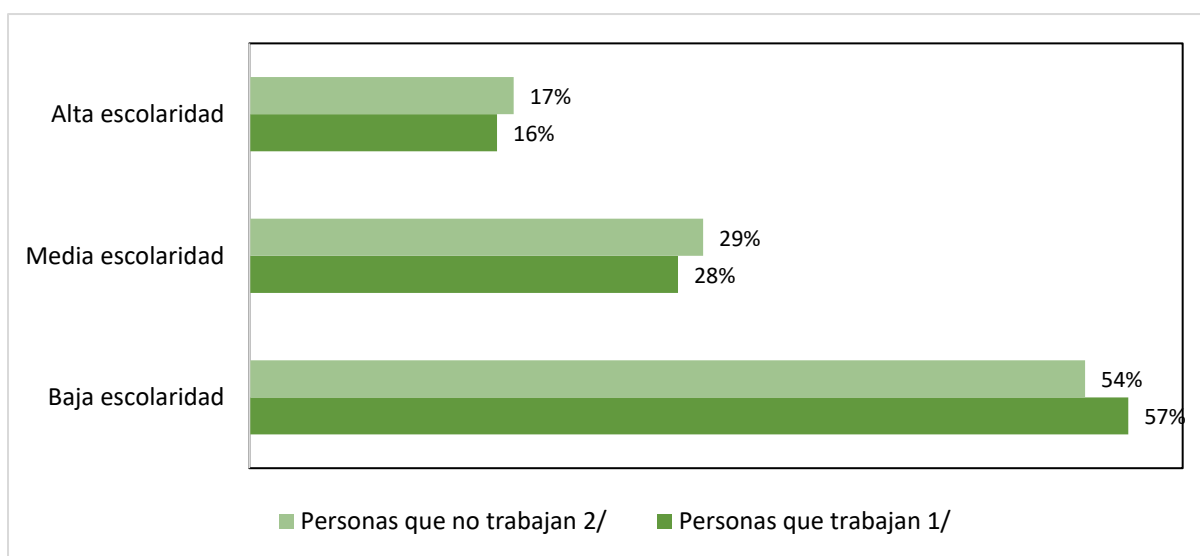
Si bien el nivel de escolaridad promedio de las personas mayores en Perú es bajo, es interesante notar que entre quienes alcanzaron altos niveles de escolaridad, el porcentaje de los que no trabajan supera al de los que sí lo hacen. En contraste, entre las personas mayores con bajos niveles de escolaridad sucede lo contrario: el porcentaje de los que trabajan supera al de los que no trabajan (Figura 10). Tomando la escolaridad como medida aproximada de capital humano y, por lo tanto, del bienestar económico, esto podría indicar que el trabajo entre las personas mayores es más un reflejo de la necesidad que de una elección libre: quienes salen a trabajar lo hacen porque necesitan satisfacer necesidades económicas.

Figura 9. Perú: Tasa de ocupación de personas mayores por edad (2020).



Fuente: INEI-ENAH (2020). Elaborado por los autores.

Figura 10. Perú: Situación laboral de personas mayores según nivel de escolaridad (2020).

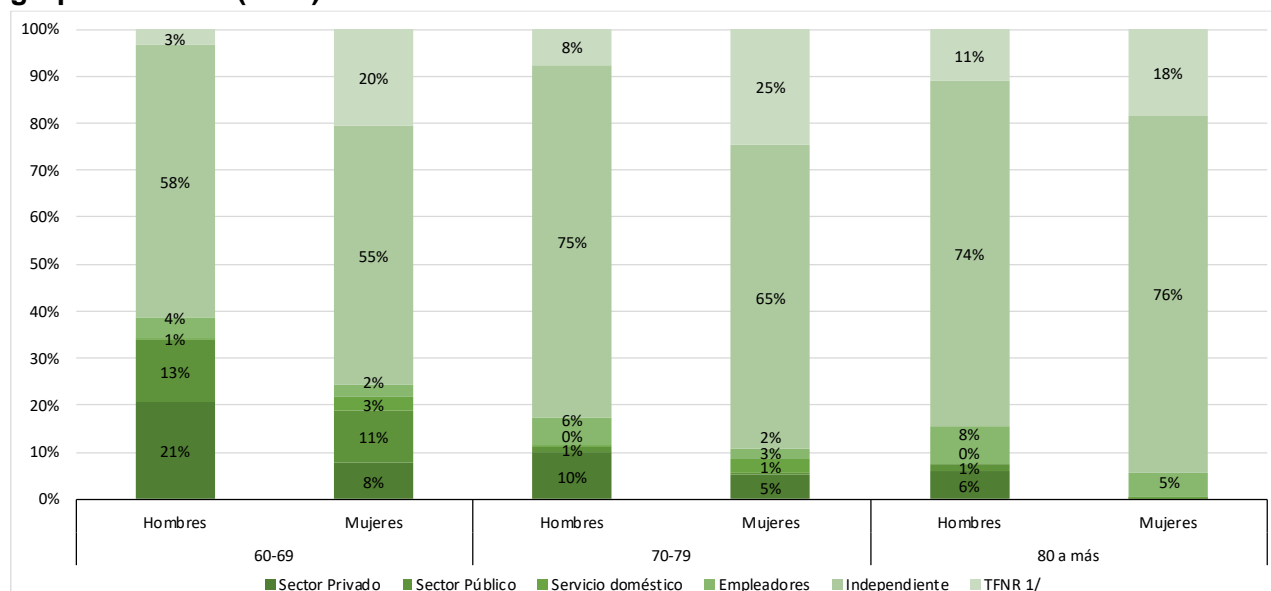


Fuente: INEI-ENAH (2020). Elaborado por el autor.

Nota: 1/ Se considera a las personas mayores ocupadas. 2/ Se considera a las personas mayores desempleadas e inactivas.

La Figura 11 muestra el tipo de empleo en el que se encuentran las personas mayores. Para todas las categorías de edad, en su mayoría se encuentran en el mercado laboral como independientes, siendo este porcentaje mayor para los hombres que para las mujeres. El empleo dependiente es más prevalente en los rangos de edad menores. El grupo entre los 60 y 69 años, se integra con personas que aún no han alcanzado la edad de jubilación y con otras que ya la sobrepasaron, y probablemente por ello presente una proporción mayor de empleo dependiente. A medida que la edad se incrementa, tales tipos de empleo disminuyen considerablemente.

Figura 11. Perú: Tipo de empleo de la población mayor que trabaja, según sexo y grupos de edad (2020).



Fuente: INEI-ENAHO (2020). Elaborado por el autor.

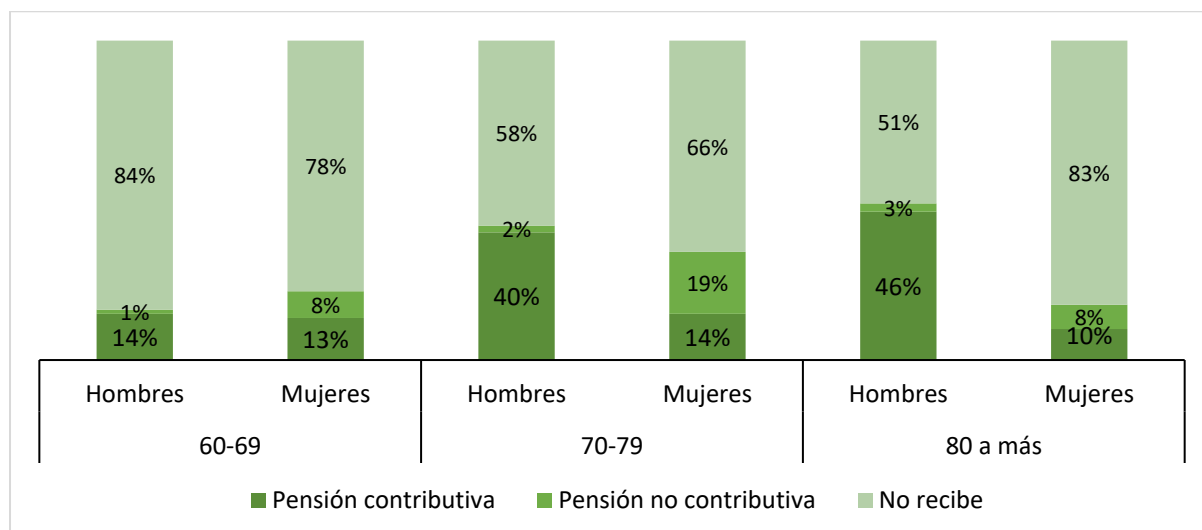
Nota: 1/ Trabajo Familiar No Remunerado

Los datos mostrados anteriormente hacen pensar que la población mayor se encuentra en trabajos de baja productividad, bajos ingresos laborales, y bajos niveles de cobertura de seguridad social (salvo en aquellas excepciones que hayan logrado obtener una cobertura a través de su trabajo a edades más jóvenes). En efecto, analizando la información proporcionada en la base de datos de la ENAHO [Encuesta Nacional de Hogares] (2020) más del 70% de las personas mayores ocupadas en el mercado laboral reciben ingresos menores a lo que se define como Remuneración Mínima Vital (RMV)³. De hecho, a medida que se incrementa la edad, aumenta el porcentaje de aquellos que perciben menos de una RMV por su trabajo. Entre los de 60 a 69 años, seis de cada diez se encuentran en este grupo, mientras que entre los de 80 a más nueve de cada diez ganan menos de una RMV.

Complementariamente, el acceso a una pensión garantiza un ingreso permanente para las personas mayores a partir del momento de su jubilación. La Figura 12 muestra el porcentaje de personas mayores que reciben una pensión, ya sea contributiva o no contributiva. Se observa que la mayoría no recibe pensión, particularmente entre las mujeres. En general, el porcentaje de aquellos que acceden a pensiones contributivas es muy bajo, evidenciando fallas en el sistema de pensiones actual.

³ Se define como la cantidad mínima legal que un trabajador debe recibir por su trabajo. Dado que el periodo de análisis es el año 2020, la remuneración mínima vigente era de S/. 930 (soles).

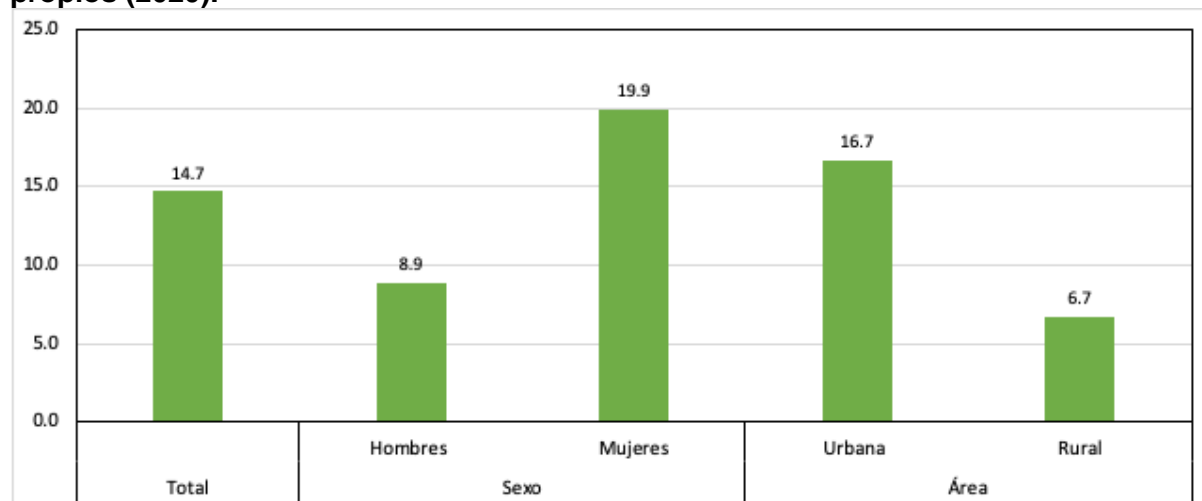
Figura 12. Perú: Porcentaje de personas mayores que reciben pensión (contributiva o no contributiva), por grupos de edad y sexo (2020).



Fuente: INEI-ENAH0 (2020). Elaborado por los autores.

Finalmente, en la Figura 13 se observa el porcentaje de personas mayores que no cuentan con ingresos propios. Actualmente, casi un cuarto de la población mayor no obtiene ingresos propios, siendo esto más notorio entre las mujeres, donde 1 de cada 5 mujeres no percibe ingresos. Siendo el porcentaje de mujeres en esta situación más del doble del porcentaje de los hombres. El mismo escenario se observa en el caso de las zonas urbanas, donde casi el triple de las personas mayores, en comparación a aquellas en zonas rurales, no cuentan con ingresos propios.

Figura 13. Perú: Porcentaje de personas mayores que no cuentan con ingresos propios (2020).



Fuente: CEPAL - Estadísticas e indicadores. Elaborado por los autores.

Nota: El ingreso de los individuos se obtiene de la sumatoria de las siguientes fuentes: los sueldos, salarios y ganancias de los trabajadores provenientes del mercado de trabajo; las jubilaciones y pensiones; las transferencias entre hogares y las provenientes del exterior; las compensaciones sociales otorgadas por el gobierno; las inversiones a plazo fijo y la renta de la propiedad; y otras percepciones de ingresos.

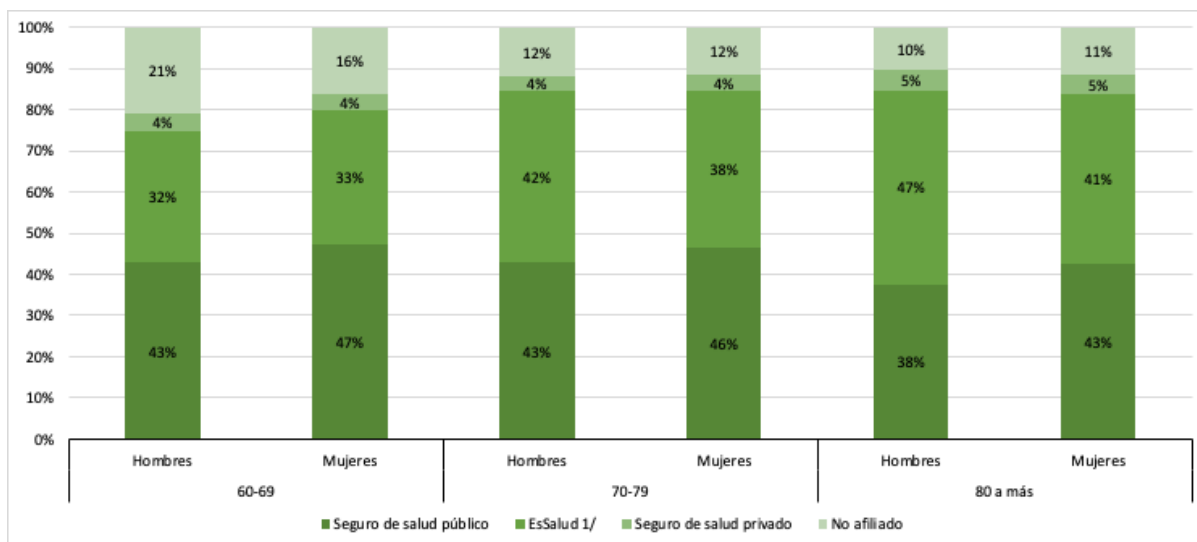
Como se mencionó anteriormente, la condición económica de las personas mayores determina, en gran medida, el acceso a los servicios de cuidado que requieran, sobre todo cuando estos servicios se deben comprar en el sector privado. El análisis previo permite inferir

que las personas mayores en Perú se encuentran en condición de vulnerabilidad socioeconómica relevante.

Por otro lado, en relación a la cobertura de salud, la gran mayoría de las personas mayores tienen acceso al sistema. Esto se ha acentuado a raíz de la publicación en mayo del 2021 del Decreto Urgencia N°046-2021 mediante el cual se promueve el aseguramiento en salud para la población que no cuenta con ningún tipo de seguro. Principalmente, éste se da a través del sistema de salud pública; un bajo porcentaje de personas mayores accede a través de seguros privados. Esto puede estar vinculado a los bajos niveles de ingresos que presentan. La Figura 14 muestra el porcentaje de personas mayores por tipo de afiliación al sistema de salud; dentro de los afiliados al sistema público se distinguen los afiliados a “EsSalud” –el seguro social de salud– dado que este subsistema ofrece servicios especializados para la población mayor, tales como visitas domiciliarias, centros recreativos, talleres especializados, entre otros que serán analizados en las siguientes secciones.

El análisis de la cobertura de salud es importante debido a que el acceso a servicios de salud de calidad es un determinante fundamental del estado de salud de las personas mayores y, por lo tanto, de su probabilidad de desarrollar un estado de dependencia funcional. Cabe destacar, sin embargo, que la cobertura formal de los servicios no siempre representa el acceso efectivo a los mismos, ni tampoco garantiza su calidad.

Figura 14. Perú: Porcentaje de personas mayores afiliadas al sistema de salud, por grupos de edad y sexo



Fuente: INEI-ENAH (2020). Elaborado por los autores.

Nota: 1/ Se hace distinción de todos aquellos afiliados al seguro de salud público “EsSalud” por el hecho de que éste otorga atenciones especializadas para la población mayor.

En resumen, se observa un crecimiento tanto en el número como en la importancia de la población mayor en el total, lo cual a su vez genera un aumento de las necesidades de servicios de atención y cuidado. En este contexto, el análisis de la situación socioeconómica de las personas mayores, evidencia la dificultad que tendrán los mismos para afrontar el costo de cubrir estas necesidades en el sector privado. De acuerdo con un estudio, en un centro de cuidado que cumpla con todas las exigencias de la normativa y que brinde una atención de

calidad a las personas mayores, los precios hasta los que puede llegar a costar el servicio son de S/ 4,000 (soles) mensuales (lo cual equivale a 4.3 remuneraciones mínimas) ([Ames et al., 2021](#)). Además, la caída en la tasa de fertilidad junto con el aumento de la participación laboral de la mujer, restringen las posibilidades de cuidado familiar. Por lo tanto, el papel del Estado en la provisión de servicios de cuidado se vuelve clave. Esto se analizará en la siguiente sección.

3. El rol del sector público en los servicios de atención a la dependencia

En este análisis, se distinguen tres funciones fundamentales del sector público en lo que respecta a los servicios de atención a la dependencia: la redacción y aprobación de leyes y normativas, la provisión de servicios (ya sea de manera directa o indirecta), y el aseguramiento de la calidad de los servicios. A continuación, se presenta un resumen de cómo se han venido cumpliendo estas funciones en el Perú.

3.1. Legislación relativa a la prestación de servicios de atención a la dependencia para las personas mayores

En esta sección se analiza la legislación del país en relación a la población mayor en condición de dependencia funcional, para lo cual cabe aclarar ciertas definiciones que serán usadas posteriormente. Como ya fue mencionado, para la legislación del Perú, el término persona mayor hace referencia a todos aquellos que tienen 60 o más años de edad.

Respecto a la condición de las personas mayores, se hace distinción entre tres condiciones: (i) "autovalentes", quienes tienen la capacidad de realizar actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria. (ii) "dependencia funcional", quienes requieren apoyo para realizar actividades básicas. (iii) "situación de riesgo", quienes se encuentran en condición de pobreza, dependencia, fragilidad, o violencia, tanto en el ámbito familiar como social o institucional ([MIMP, 2021](#)).

Cabe mencionar que, en la actualidad, Perú no cuenta con una ley de cuidados ni un sistema de atención a la dependencia de largo plazo unificado. No obstante, existen leyes y estrategias nacionales que buscan proteger a la población mayor y regular los servicios existentes. A continuación, se presentan en orden cronológico las intervenciones del Estado en la legislación de la persona mayor, haciendo especial hincapié en aquellos que tienen que ver con la provisión de servicios de atención a la dependencia o la regulación de los mismos.

Política Nacional en relación a las Personas Adultas Mayores (PNPAM)

La Política Nacional en relación a las Personas Adultas Mayores (PNPAM), publicada en el 2011 mediante el Decreto Supremo N°011-2010-MIMDES, fue el primer instrumento con carácter legal en relación a la protección de las personas mayores.

La PNPAM aprobó seis objetivos prioritarios de política nacional ([MIMP, 2020](#)):

- Mejorar la calidad de vida de toda persona mayor;
- Promover su desarrollo integral;

- Asegurar servicios idóneos de salud y seguridad social, vivienda digna, recreación y cultura;
- Impulsar la formación de una conciencia, cultura y sensibilidad sobre el envejecimiento, la vejez y respeto a la dignidad de las personas mayores;
- Ampliar y fortalecer la capacidad de coordinación y gestión institucional para dar respuesta a los problemas de las personas mayores;
- La creación de un entorno social favorable para las personas mayores que potencie su desarrollo y favorezca el ejercicio de sus derechos.

Sin embargo, existe información limitada en relación al cumplimiento e implementación de estos objetivos prioritarios.

Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores (PLANPAM)

El Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores (PLANPAM) 2013-2017 se creó con la visión de que las personas mayores puedan ejercer de forma efectiva sus derechos con dignidad, autonomía e inclusión, a través del acceso a servicios públicos eficientes y de calidad, priorizando el envejecimiento saludable, el empleo, el acceso a la seguridad social, la integración y participación en la sociedad, y la concientización sobre el proceso del envejecimiento.

Específicamente en relación a la provisión de servicios de atención y cuidado de las personas mayores, se establece el objetivo de *“Mejorar el bienestar físico, psíquico y social de las personas adultas mayores, a través del incremento en la cobertura y calidad de los servicios socio-sanitarios, la garantía de una asistencia alimentaria y nutricional, y la generación de oportunidades para una vida armónica en familia y en la comunidad”*. Este objetivo incluye la acción estratégica de *“Fortalecer las capacidades de las/los cuidadores de personas adultas mayores”*, la cual se relaciona con brindar apoyo a los cuidadores, incentivando el cuidado en el hogar ([MIMP, 2013](#)).

Igualmente, se establece el objetivo de *“incrementar los niveles de participación social y política de las personas adultas”*. Una de las acciones estratégicas propuestas en esta línea es *“formalizar el funcionamiento de Centros de Atención de Persona Adulta Mayor (CEAPAM)⁴ públicos y privados en el país”*, de manera de asegurar que los mismos cumplan con los requisitos establecidos por la normativa vigente e incentivar especialización en salud física y mental. Se propone, además, generar estudios de investigación sobre los CEAPAM que contribuyan a mejorar el diseño de políticas para la población mayor. Por último, se propone la acción estratégica de *“Fortalecer la participación de las personas adultas mayores a través de los centros integrales de atención al adulto mayor (CIAM) a nivel nacional, regional y local”* ([MIMP, 2013](#)).

Ley de la Persona Adulta Mayor

La Ley N°30490, Ley de la Persona Adulta Mayor, fue promulgada en el año 2016, con el fin de *“establecer un marco normativo que garantice el ejercicio de los derechos de la persona adulta mayor, a fin de mejorar su calidad de vida y propiciar su plena integración al desarrollo*

⁴ Previamente llamados “Centros de Atención Residenciales para Personas Adultas Mayores (CARPAM)”, se cambió el nombre por CEAPAM a través del [Decreto Supremo N° 004-2016-MIMP](#)

social, económico, político y cultural de la Nación” (art. 1). Principalmente, en el artículo 3 se designó al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) como ente rector de las políticas, planes, programas y servicios dirigidos a la población mayor, se le otorgó la capacidad de dictar medidas de protección administrativas y temporales, y se le brindó la capacidad sancionadora.

En lo que respecta a los servicios de atención a la dependencia, la ley define los requisitos que deben cumplir los centros de atención para personas mayores (CEAPAM), ya sean de atención residencial, centros de día, centros nocturnos, u otros. En primer lugar, se establece que todos los centros para funcionar deben contar con una acreditación aprobada por el MIMP. En segundo lugar, se define que el MIMP es el ente supervisor y fiscalizador de estos centros. Por último, esta Ley tiene un fin regulador respecto a los centros de atención.

Las principales características de la Ley de la Persona Adulta mayor son [\(Viviano, s.f.\)](#):

- Establecer los deberes de la familia;
- Precisar situaciones de riesgo;
- Establecer los tipos de violencia en la familia o fuera de ella;
- Resaltar la responsabilidad de los gobiernos locales con los CIAM;
- Precisar la rectoría temática del MIMP;
- Detallar las medidas de protección administrativa;
- Establecer la potestad sancionadora del MIMP;
- Precisar los requisitos de los servicios de atención.

En el 2021 se aprobó además el Reglamento de la Ley N°30490, que regula la articulación intergubernamental e intersectorial para la implementación de los servicios desarrollados por instituciones en el ámbito de la protección, promoción y atención de los derechos de las personas mayores. Además, establece los lineamientos necesarios para la atención de las personas mayores en el rubro sanitario, previsional, laboral, de educación, turismo, cultura, recreación, deporte, así como para el buen trato a la persona mayor.

El reglamento adopta un enfoque integral del envejecimiento. Se busca la promoción y protección de los derechos de las personas mayores, de forma que esta población pueda mantenerse en actividad y con capacidad de seguir desempeñando sus actividades cotidianas.

[Política Nacional Multisectorial para las Personas Adultas Mayores al 2030](#)

El MIMP presentó la Política Nacional Multisectorial para las Personas Adultas Mayores al 2030 (PNMPAM), con el objetivo de promover y proteger los derechos de la población mayor. Esta política identifica como problema público la discriminación estructural por motivos de edad contra la población mayor, identificando como una de sus causas directas la existencia de un cuidado inadecuado para las personas mayores. Por consiguiente, se propone aumentar la oferta de servicios e incrementar la oferta formativa en cuidado con enfoque gerontológico y geriátrico [\(MIMP, 2021\)](#).

También se establece el objetivo, de *“garantizar el derecho al cuidado y buen trato para una convivencia sin discriminación de las personas adultas mayores”* [\(MIMP, 2020\)](#), para lo cual, se propone implementar intervenciones especializadas para las personas mayores en

situación de riesgo. Esto último se pretende lograr mediante una mejora en el servicio especializado de gestión de los CEAPAM y el establecimiento de metas a cumplir por parte del MIMP, las cuales implican la identificación, seguimiento, supervisión y acreditación de los CEAPAM, conforme a la normativa para el funcionamiento de los mismos. De esta forma, se aspira a que los CEAPAM apliquen estándares de calidad en la prestación de servicios en la atención y cuidado de la persona mayor ([MIMP, 2020](#)).

El objetivo último de la política es que *“al 2030, en nuestro país, la discriminación estructural por motivos de edad hacia las personas adultas mayores se reducirá, permitiendo que ejerzan plenamente sus derechos, se garantice su calidad de vida, así como sus posibilidades de ejercer independencia y autonomía en la vejez”* ([MIMP, 2021](#)).

Legislación complementaria

En el año 2013, se publicó la Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social “Incluir para Crecer”, mediante el Decreto Supremo N°008-2013-MIDIS. Esta estrategia define cinco ejes estratégicos: nutrición infantil, desarrollo infantil temprano, desarrollo integral de la niñez y la adolescencia, inclusión económica y protección a la persona mayor.

Dentro del eje de protección a las personas mayores se propone el *“fortalecimiento de redes locales de apoyo social”* lo cual se logra a través de un aumento en la participación e integración social de la persona mayor. Para ello, se requiere la promoción y el fortalecimiento de redes locales de apoyo social, emocional y afectivo a la persona mayor a través de los CIAM, clubes de personas mayores, Centros del Adulto Mayor (CAM) y los Círculos del Adulto Mayor (CIRAM) de EsSalud. Además, también se propone un aumento de la información y educación sobre el envejecimiento, mediante la priorización de la capacitación a las personas encargadas de la atención a las personas mayores ([MIMP, 2014](#)).

Por otro lado, en el año 2019 se publicó la Política Nacional de Igualdad de Género, la cual reconoce la problemática de la *“asignación desigual de roles (productivos a los hombres y reproductivos a las mujeres)”*. Para esta problemática, esta política propone el desarrollo de un sistema nacional de cuidado con enfoque de género a 2030, que incida en la división de las responsabilidades de cuidados, tanto dentro del hogar (entre hombres y mujeres), como fuera de él (con corresponsabilidad entre los hogares, el Estado y el mercado), de forma que no se delegue toda la responsabilidad del cuidado a las familias ([MIMP, 2019](#)).

3.2. El rol del sector público en la provisión de servicios de atención a la población mayor

Dentro de los servicios provistos por el Estado, se distinguen aquellos que están dirigidos específicamente a la población en situación de dependencia funcional (centros de atención residencial, de día, de noche, o servicios de atención en domicilio), de aquellos que están dirigidos a la población autovalente, con el objetivo de prevenir el desarrollo de situaciones de dependencia funcional en el futuro. Estos dos tipos de servicios se analizan a continuación. Además, se presentan tres servicios sociales dirigidos a la población mayor (Pensión 65, Vida Digna, y Mi 65) que, si bien no se relacionan directamente con la atención o la prevención de la dependencia funcional, sí tienen relación indirecta con este objetivo, al atender las condiciones de vulnerabilidad socioeconómica más relevantes de las personas mayores.

3.2.1. Servicios de atención a la dependencia

Centros de Atención para Personas Adultas Mayores - CEAPAM

Los CEAPAM son espacios públicos o privados acreditados por el Estado donde se prestan servicios de atención integral e integrada, ya sea básica o especializada, dirigidos a las personas mayores, de acuerdo a sus necesidades de cuidado ([Ley N°30490](#)).

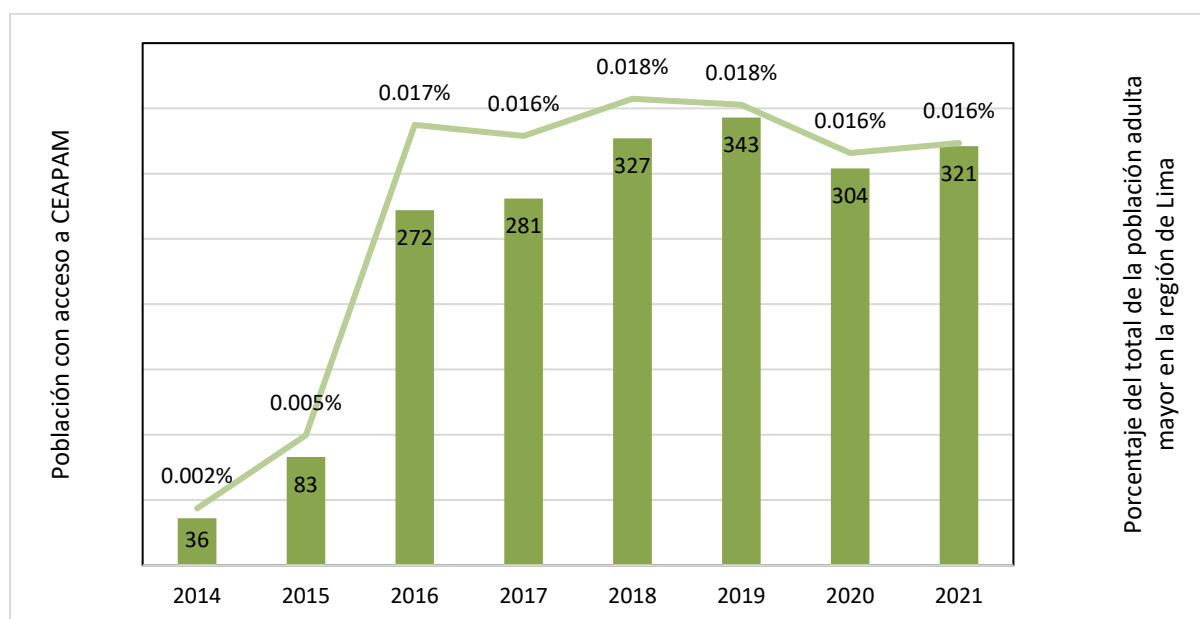
Estos centros se clasifican respecto al tipo de servicio que ofrecen:

- I. Centro de atención residencial: ofrece servicios de atención integral a la persona mayor autovalente o dependiente. Puede ser gerontológico, geriátrico o mixto.
- II. Centro de atención de día: ofrece servicios dirigidos a la persona adulta en situación de autovalencia, fragilidad o dependencia (leve y moderada) en el transcurso del día, manteniendo un horario establecido por el centro.
- III. Centro de atención de noche: ofrece servicios básicos de alojamiento nocturno, alimentación y vestido, dirigidos a la persona mayor autovalente (aquellas capaces de realizar actividades básicas diarias).
- IV. Otros que establezca el reglamento.

Para esta investigación, solo se analizarán los primeros dos tipos de CEAPAM, centros residenciales y diurnos, por el hecho de que sólo estos dos están orientados a cubrir las necesidades de la población mayor en situación de dependencia funcional. Los datos mostrados corresponden a los CEAPAM administrados por el Estado, específicamente por el MIMP y el Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar (INABIF).

En el Perú, específicamente en la región de Lima, según cifras del MIMP, sólo 321 personas del total de la población mayor cuentan con acceso a centros de atención residencial, es decir aquellos que brindan una protección integral, esencialmente a las personas mayores vulnerables y en situación de riesgo (Figura 15).

Figura 15. Perú: Población mayor con acceso a centros de atención residencial – CEAPAM (total y porcentaje del total de la población adulta mayor en la región de Lima)

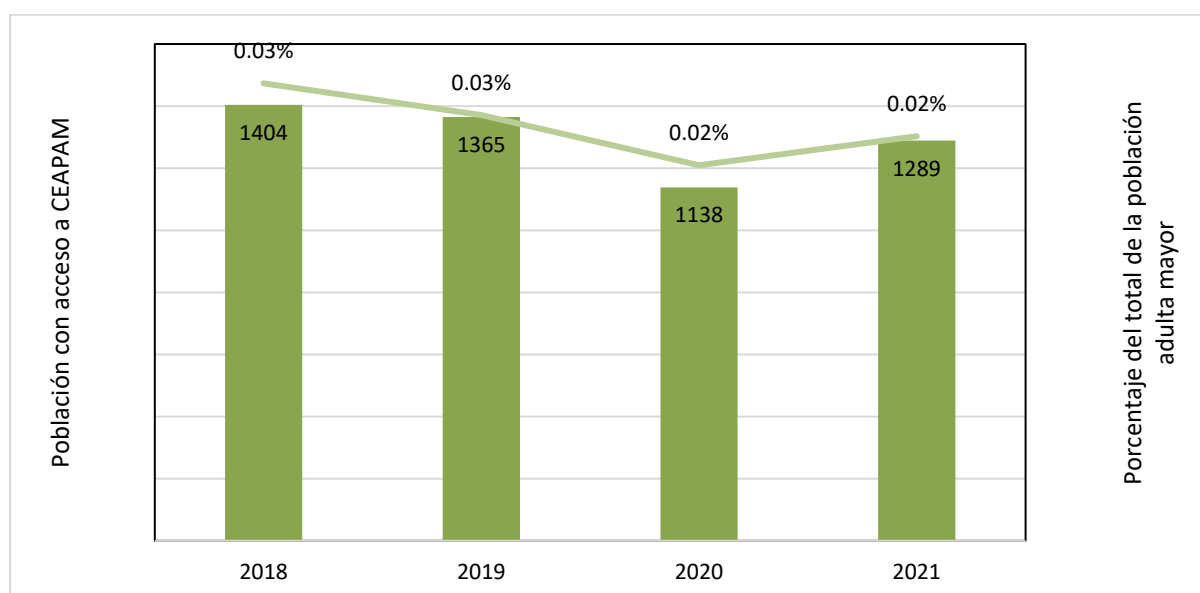


Fuente: MIMP (2021)

Nota: Información corresponde a los centros ubicados en la región de Lima.

Los centros de atención diurna han mantenido constante su nivel de acogida en los últimos cuatro años, por encima de 1,100 personas mayores, según los datos publicados por el MIMP. A diferencia de las cifras anteriores, estas corresponden a centros registrados en diferentes regiones del país (Figura 16).

Figura 16. Perú: Población mayor con acceso a un centro de atención diurna – CEAPAM (total y porcentaje del total de la población adulta mayor)



Fuente: MIMP (2021)

Programa de Atención Domiciliaria - Padomi

El Programa de Atención Domiciliaria (Padomi) es un servicio brindado por EsSalud y orientado a los asegurados de 60 años o más que se encuentran imposibilitados de trasladarse a los centros de salud, dado que tienen una situación de dependencia funcional temporal o permanente. El servicio incluye visitas médicas y atención de emergencias a domicilio, siempre y cuando los procedimientos sean de una complejidad baja. Además, a cada paciente se le asigna un médico de cabecera, y se prevé la realización de visitas de otros profesionales de la salud tales como enfermeras, fisioterapeutas y psicólogos ([Olivera y Clausen, 2014](#)). Según cifras oficiales, en el año 2015 hubo un total de 193,912 visitas domiciliarias (Tabla 3).

Tabla 3. Perú: Visitas domiciliarias realizadas por médicos de PADOMI, según red asistencial, 2015 (en miles).

Región	Total de visitas
Amazonas	883
Ancash	12759
Apurímac	4476
Arequipa	11017
Ayacucho	3259
Cajamarca	2189
Cusco	5447
Huánuco	9817
Huaraz	1493
Ica	11993
Juliaca	1687
Junín	10900
La Libertad	29179
Lambayeque	18608
Lima	27029
Loreto	2674
Madre de Dios	430
Moquegua	5336
Moyobamba	1225
Pasco	2011
Piura	11214
Puno	3741
Tacna	7722
Tarapoto	1742
Tumbes	4527
Ucayali	2554
Total	193912

Fuente: Adaptado de [EsSalud \(2015\)](#).

3.2.2. Servicios para personas mayores autovalentes (prevención de la dependencia funcional)

En primer lugar, los clubes del Adulto Mayor son centros dirigidos por el Ministerio de Salud (MINSA) los cuales se crearon con el fin de prevenir, informar y educar a las personas mayores sobre estilos de vida saludable y habilidades para la vida y el autocuidado. Asimismo, se busca promover un adecuado contexto social, psicológico y económico. Junto a las terapias físicas, se dictan talleres manuales, para la elaboración de productos los cuales podrían suponer un ingreso económico adicional si se comercializan. Por otro lado, el contacto con otras personas permite también combatir el aislamiento.

En segundo lugar, los Centros del Adulto Mayor (CAM) son espacios de encuentro generacional desarrollados por el Seguro Social de Salud (EsSalud), orientados a mejorar el proceso de envejecimiento, mediante el desarrollo de programas de integración familiar, intergeneracional, socioculturales, recreativos, productivos y de estilos de vida para un envejecimiento activo ([EsSalud, 2022](#)). Tienen acceso a estos centros todos aquellos asegurados de EsSalud que tengan 60 años o más.

En tercer lugar, los Círculos de Adultos Mayores (CIRAM), al igual que los CAM, son espacios desarrollados por EsSalud. Este es un servicio Gerontológico Social que se brinda a los asegurados de 60 años o más. El servicio es brindado por asociaciones en zonas geográficas donde no existe un CAM ([EsSalud, 2022](#)). A nivel nacional EsSalud cuenta con 104 CIRAM.

Por último, los Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor (CIAM) 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”* ([Ley N°30490](#)). Los gobiernos locales tienen la obligación de informar sobre el funcionamiento de los mismos al ente rector, en este caso al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.

3.2.3. Otros programas orientados a la población mayor

Uno de los programas más importantes orientado a la población mayor es Pensión 65, el cual otorga una pensión bimestral a personas mayores en situación de vulnerabilidad socioeconómica. Actualmente, cubre a medio millón de personas mayores de 65 años en extrema pobreza, con una pensión que asciende a 250 soles (aproximadamente US\$66 al 2022) ([Ñopo, 2021](#)).

Por otro lado, el programa Vida Digna fue creado en el año 2012, con el fin de restituir y proteger los derechos de las personas mayores que se encuentran en la calle, y no cuentan con vínculos familiares ni otro tipo de apoyo ([Olivera y Clausen, 2014](#)). Desde su creación hasta el año 2016 se logró prestar atenciones a 1,050 beneficiarios en total.

Por último, el programa Mi 60+ es un servicio que busca brindar atención integral disponible los siete días de la semana a personas mayores en situación de riesgo o vulnerabilidad, principalmente a aquellos que se han visto más afectados ante el estado de emergencia por

el COVID-19. El objetivo de este programa es el de proteger y garantizar los derechos de las personas mayores.

3.3. El rol del sector público en la regulación de la calidad de los servicios

Todos los centros, ya sean públicos o privados, deben contar con una licencia de funcionamiento, emitida por el MIMP, el cual, además, tiene la responsabilidad de supervisión y fiscalización, en forma directa o en coordinación con instituciones públicas o privadas. Ningún centro de atención para personas mayores debería funcionar sin la acreditación respectiva y ninguna dependencia del Estado debería coordinar acciones ni derivar a personas mayores a los centros de atención no acreditados. No obstante, en la actualidad esta normativa no se aplica, y existen centros en funcionamiento que todavía no cuentan con la acreditación del MIMP.

De acuerdo con el reporte realizado por el [MIMP \(2021\)](#), hasta abril del 2021, existían en total 349 CEAPAM (57 públicos y el resto privados). Sólo 101 de ellos (el 29%), se encontraba acreditado para operar de acuerdo a la normativa vigente. Cabe precisar que todos los centros acreditados son privados y en su mayoría se encuentran en la región de Lima. Además, sólo en dos ciudades del país se concentra el 86% de los CEAPAM existentes, 281 centros en Lima y 18 en Arequipa, todas las demás regiones del país cuentan con menos de 5 centros.

Algunos estudios de campo permiten identificar ciertos aspectos referentes a la calidad de los centros de cuidado para personas mayores. Por un lado, el estudio realizado por la Defensoría del Pueblo, encargada de proteger los derechos de los ciudadanos, evidencia las deficiencias en la oferta de servicios residenciales y en la calidad del servicio que brindan. Este estudio se realizó a 146 centros de atención residencial de personas mayores ubicados en 21 regiones del Perú. Se encontró que, de los 146 centros analizados, solo 59 estaban acreditados por el MIMP. Además, 97 de los centros no contaban con un médico las 24 horas, violando la Ley de la Persona Adulta Mayor, en la cual se especifica que todos los centros residenciales deberán contar con un médico las 24 horas. Además, 85 de los centros no contaba con un plan de contingencia ante la pandemia del COVID-19, poniendo en riesgo la salud de residentes y trabajadores. Por último, 46 centros no contaban con un plan nutricional para los residentes, aspecto básico para promover la buena salud y evitar ciertas enfermedades ([Defensoría del Pueblo, 2020](#)).

Otro estudio, esta vez realizado a los residentes de los centros, permite analizar la percepción respecto a estos servicios por parte de las personas mayores. Este estudio se basa en una encuesta realizada a 375 personas mayores que se encuentran en centros residenciales en la región de Arequipa. Se encontró que un 75% preferiría continuar su vejez en sus hogares junto con sus familias. Además, se realizaron preguntas respecto a las mejoras que deberían ser implementadas para mejorar la calidad del servicio brindado en los centros, siendo las principales respuestas: el establecimiento de una infraestructura amplia y equipada, contar con personal capacitado que pueda atender con calidez y amabilidad y, por último, implementar actividades recreativas ([Chavez et al., 2019](#)).

Ambos estudios resaltan retos a futuro en la capacidad de regulación del Estado en lo que respecta a la calidad de los servicios brindados, evidenciando irregularidades en el funcionamiento de los mismos e incluso el incumplimiento de las normas.

4. El rol del sector privado en los servicios de atención a la dependencia

El rol del sector privado en la provisión de servicios de atención a la dependencia en Perú es importante. De acuerdo con el reporte realizado por el [MIMP \(2021\)](#), hasta abril del 2021, de los 349 CEAPAM existentes, sólo 57 eran públicos, los restantes eran administrados por entidades privadas. Desafortunadamente, no existe información disponible sobre los costos, usuarios y otras características de estos establecimientos. Por este motivo, en esta sección, nos enfocaremos en la provisión privada de atención en el hogar, tanto remunerada como no remunerada.

4.1. Cuidadores en el hogar remunerados

Por su condición, un porcentaje importante de la población mayor necesita de ciertos cuidados brindados por otras personas para realizar sus actividades diarias. Los cuidadores en el hogar pueden ser remunerados o no. El primer grupo se conforma por todos aquellos cuidadores que reciben una remuneración por su labor desarrollada en el hogar de la persona mayor.

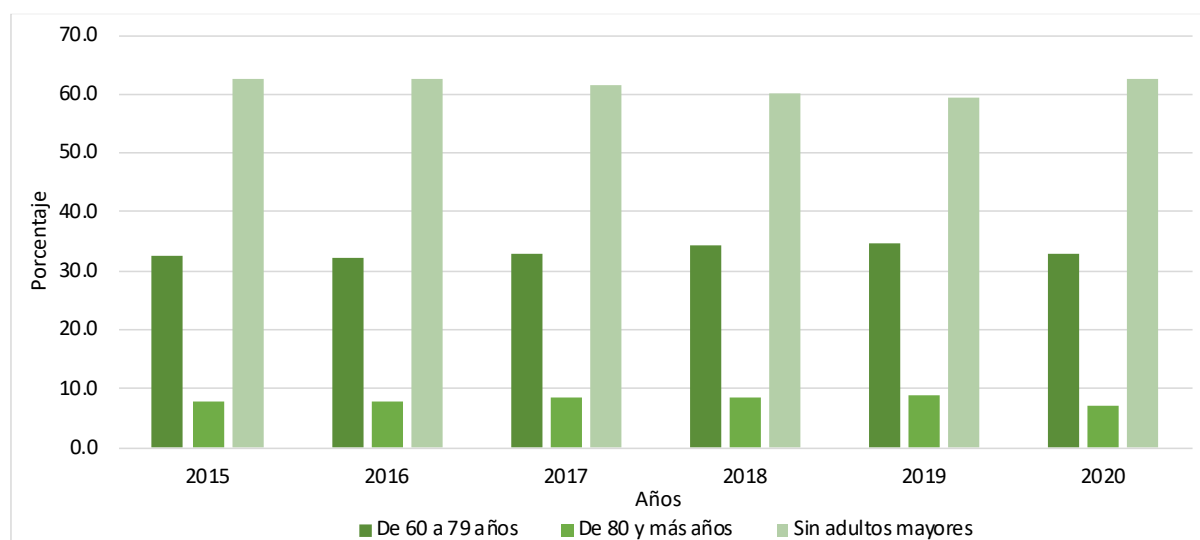
Según un estudio realizado por [Navarrete-Mejía et al. \(2020\)](#), en el cual se analiza a una muestra de cuidadores remunerados en el hogar, más del 90% son mujeres. Igualmente, del total de entrevistados sólo aproximadamente el 30% cuenta con estudios auxiliares o técnicos en salud (para más detalles ver el Anexo 1). El estudio evidencia la sobrecarga física y emocional que soportan estos trabajadores.

4.2. Oferta de cuidados familiares

Debido a los cambios en las estructuras familiares de América Latina y el Caribe, la capacidad de las familias para atender a las personas mayores se ha reducido. Esto responde principalmente a dos transformaciones: la reducción del tamaño de los hogares y la creciente participación laboral de las mujeres ([Durán, 2011](#)). Si bien, un entorno familiar podría ser el espacio ideal para atender sus necesidades, el mejor escenario sería poder contar con cuidadores a domicilio formados y capacitados en este rubro.

En la Figura 17, se puede observar que, en total, poco menos del 40% de los hogares en el Perú cuenta con la presencia de una persona mayor.

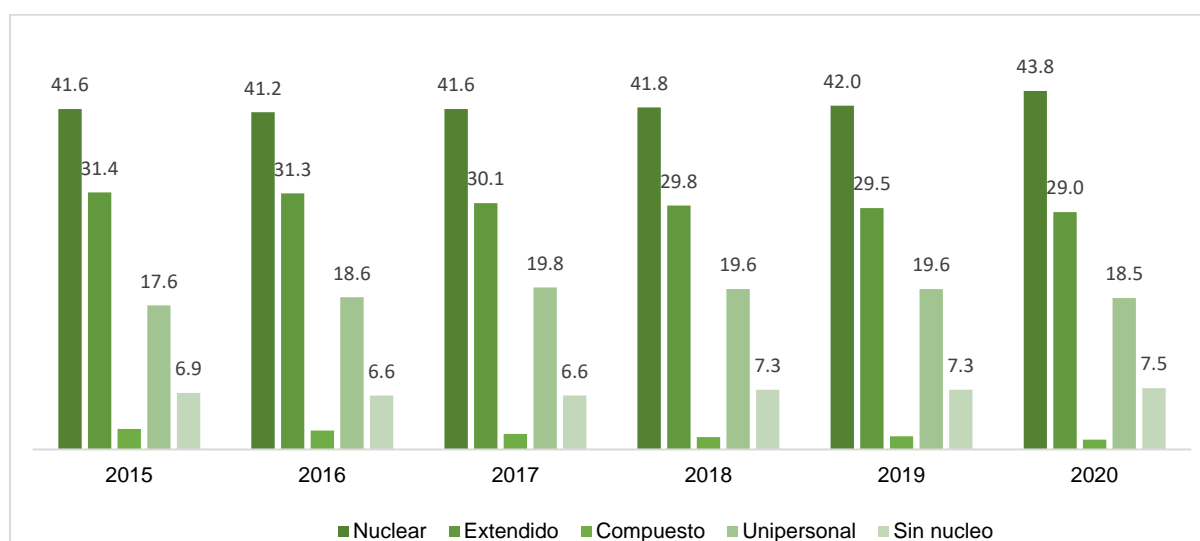
Figura 17. Perú: Presencia de al menos una persona mayor en los hogares, según edad.



Fuente: [MIMP \(2020\)](#)

Igualmente, es indispensable observar la estructura de los hogares en los cuales se encuentran las personas mayores. Se puede ver que poco menos del 45% se encuentran en hogares nucleares, es decir, viven con sus familiares directos. Cerca del 30% vive en hogares extendidos. Cabe notar que existe un porcentaje considerable de personas mayores que viven en hogares unipersonales y sin núcleo (Figura 18 y Tabla 4).

Figura 18. Perú: Población mayor según tipo de hogar.



Fuente: [MIMP \(2020\)](#)

En total, 38% de las personas mayores de 70 años se encuentran viviendo solos, ya sea en viviendas unipersonales o bipersonales (dos personas mayores). Este porcentaje se incrementa a 68% en el caso de aquellos que residen en zonas rurales. Mientras que, en zonas urbanas, 29% en total de las personas mayores viven solos. Esto debido a las

transformaciones estructurales de las familias en lo que respecta a la reducción de tamaño de las mismas por diversas razones como la caída de la fecundidad, el aumento de los divorcios y la migración.

Tabla 4. Perú: Población personas mayores que viven solos, según grupo de edad y área de residencia (2017).

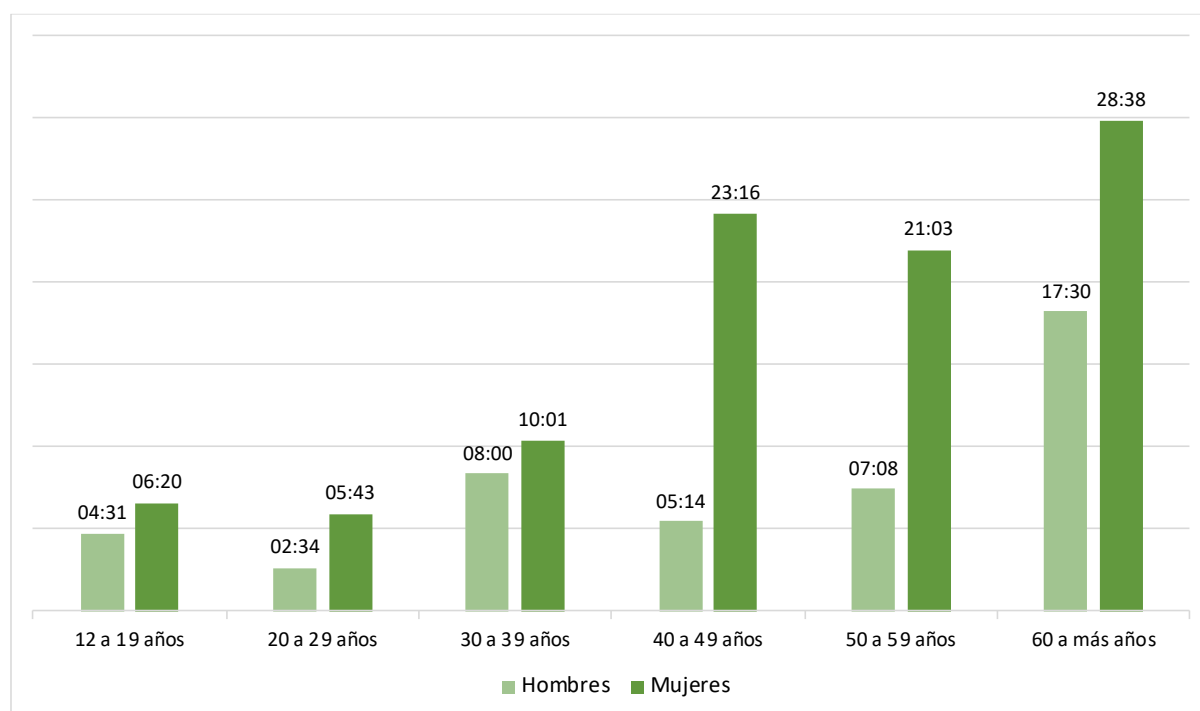
Grupo de edad	Personas mayores que viven solas 1/	Viven solos en hogar unipersonal 2/	Viven solos en hogar bipersonal 3/
Total	38.4%	14.7%	23.7%
70 a 74	38.5%	14.2%	24.2%
75 a 79	40.2%	15.5%	24.7%
80 a 84	38.9%	15.4%	23.5%
85 a 89	36.1%	14.3%	21.8%
90 a más	31.0%	11.3%	19.7%
Urbana	29.0%	9.9%	19.1%
Rural	67.4%	29.4%	37.9%

Fuente: Adaptado de [Berrocal \(2018\)](#).

Nota: 1/ Porcentaje respecto al total de la población de 70 años a más. 2/ Comprende hogares con una sola persona mayor de 70 años a más. 3/ Comprende hogares con dos personas mayores de 70 años a más.

Los estudios realizados en Perú sobre el uso del tiempo muestran que son las mujeres quienes tienen más probabilidades de trabajar en tareas domésticas no remuneradas ([Defensoría del pueblo, 2019](#)). Evidenciando que, en Perú como en la región de América Latina, la división por género de las tareas domésticas está seriamente desequilibrada. La Figura 19 muestra la asignación de tiempo a tareas de cuidado de miembros en el hogar con limitaciones o personas mayores. Las mujeres dedican mayor número de horas que los hombres a las labores de cuidado. El tiempo dedicado al cuidado es mayor por parte de las personas en los grupos de edades más avanzadas; además, la brecha de género también aumenta con la edad. En el grupo de mujeres de 60 años o más, el promedio de horas dedicadas al cuidado llega a ser de casi 30 horas semanales.

Figura 19. Perú: Promedio de horas a la semana que la población de 12 años y más de edad dedica a la actividad de cuidado de miembros del hogar con dificultades físicas, mentales o de edad avanzada, según grupos de edad y sexo, 2010.



Fuente: [Defensoría del pueblo \(2019\)](#)

5. Análisis y perspectivas del sistema de cuidado: desafíos futuros

Queda claro que la nueva forma que tendrá la pirámide poblacional de Perú requiere repensar el gasto social y el diseño de políticas públicas en el país. Una mayor esperanza de vida saludable indica que las personas tienen una mayor capacidad para continuar contribuyendo al bienestar social y económico del país, y al bienestar de sus propias familias. Sin embargo, esto también genera un gran reto respecto a la protección social de las personas mayores, principalmente en el acceso a pensiones y salud, y en la oferta de servicios de cuidado de larga duración ([OIT, 2022](#); [Aranco et al., 2022](#)).

Como se pudo documentar en esta nota, los servicios proporcionados por el sector público son limitados, tanto en su cobertura como en su calidad ([MIMP, 2021](#)). Además, la información sobre el funcionamiento de los centros de atención proporcionados por el Estado no se encuentra siempre disponible para el público general, lo que dificulta no sólo el análisis de estos servicios sino también su propio uso. Por otro lado, la información de los servicios brindados por el sector privado es todavía más limitada. Cabe precisar que, de igual forma, estos servicios se encuentran disponibles de forma exclusiva solo para aquellas personas mayores (o sus familiares) que cuenten con los ingresos disponibles para pagarlos.

Así, se necesita una regulación eficaz y una oferta de servicios públicos que permita la protección de los derechos fundamentales de las personas mayores. Esto debe incluir la supervisión para que se cumplan las normas vigentes, empezando por la acreditación de los centros de servicios residenciales. Para esto, el MIMP debe exigir el cumplimiento de los requisitos mínimos para obtener la acreditación a todos los centros que todavía no la consiguen, realizando acciones de supervisión y de fiscalización por parte de las autoridades competentes ([MIMP, 2019](#)).

Igualmente, la limitada oferta de servicios de atención a la dependencia afecta al trabajo doméstico no remunerado, siendo las mujeres las que se ven en la obligación de realizar las tareas de cuidado. Con esto se restringe la capacidad de las mujeres para participar en el mercado laboral. La pandemia del COVID-19 ha puesto en evidencia cómo en este tipo de crisis se afecta, principalmente, a las personas que dependen de los servicios de cuidado y a quienes se encargan de proveerlos. Estas personas en su mayoría son mujeres y muchas de ellas trabajadoras migrantes ([OIT, 2022](#)).

Tanto América Latina y el Caribe como el Perú aún pueden aprovechar los últimos años del bono demográfico y utilizarlos para promover la igualdad de género ([CEPAL, 2018](#)). Sería útil reconocer y encontrar mejores formas de compartir el trabajo de cuidado no remunerado. Esto reduciría la carga desproporcionada sobre las mujeres ([OIT, 2018](#)) y requeriría cambios a nivel macro y micro.

Si se crearan nuevos centros que provean de servicios de cuidado a la población dependiente, las mujeres u otros cuidadores familiares en general, gozarían de un mayor tiempo disponible para poder trabajar. Esto, por su parte, también impulsará la reducción de las diferencias de género en el trabajo y permitiría a las mujeres obtener una fuente de ingresos, que en el largo plazo será la base para la financiación de su vejez a través de los sistemas de protección social, los cuales se encuentran ligados al ámbito laboral. Por otro lado, la creación de una mayor oferta de servicios genera oportunidades en el mercado laboral, viéndose, por lo tanto, beneficiados no sólo las personas mayores sino también la población en busca de trabajo ([Cafagna et al., 2019](#)).

Para concluir, en el futuro se observará un escenario en el cual la demanda por servicios de cuidado para las personas mayores se incrementará considerablemente. Además, debido a los cambios en las estructuras familiares, el cuidado familiar se reducirá, ejerciendo presión en la capacidad del Estado y del sector privado para poder cubrir la demanda por estos servicios. El sistema de protección social actual no será sostenible ante este escenario, y será de suma importancia poder ampliar la cobertura y plantear nuevas fuentes de financiamiento que brinden un piso de protección social a la población mayor.

Referencias

Ames, R.; Medina, C.; Márquez, J.; Núñez-Encinas, J. & Traverzo Vila, S. G. (2021). Centro de atención residencial geriátrico “Hilos de plata”, orientado en la atención integral del adulto mayor con trastornos mentales, Lima-Perú. [Tesis de Maestría]. Universidad ESAN. Recuperado de: <https://repositorio.esan.edu.pe/handle/20.500.12640/2760>

Aranco N., Stampini M., Ibararán P. y Medellín N. (2018). Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. Resumen de políticas, 273. BID, Washington, DC. <http://dx.doi.org/10.18235/0001972>

Aranco, N., Bosch, M., Stampini, M., Azuara, O., Goyeneche, L., Ibararán, P., Oliveira, D., Retana, M. R., Savedoff, W., & Torres, E. (2022). Aging in Latin America and the Caribbean: Social Protection and Quality of Life for Older People. Monograph 1009. Inter-American Development Bank, Washington, DC. <http://dx.doi.org/10.18235/0004287>

Álvarez, F., Brassiolo, P., Toledo, M., Allub, L., Alves, G., De la Mata, D., Daude, C. (2020). RED 2020: Los sistemas de pensiones y salud en América Latina. Los desafíos del envejecimiento, el cambio tecnológico y la informalidad. Caracas: CAF. Recuperado de: <http://scioteca.caf.com/handle/123456789/1652>

BID (2019). Indicadores envejecimiento poblacional. Recuperado de: <https://www.iadb.org/es/panorama/indicadores>

Berrocal, L. (2018). Adultos mayores de 70 y más años de edad que viven solos. Colección poblaciones vulnerables. INEI. Recuperado de: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1577/Libro01.pdf

Cafagna, G., Aranco, N., Ibararán, P., Oliveri, M. L., Medellín, N., & Stampini, M. (2019). *Envejecer con cuidado: Atención a la dependencia en América Latina y el Caribe* (Vol. 745). Banco Interamericano de Desarrollo.

Al Ju'beh (2021). Disability Inclusive Development Toolkit. Recuperado de: https://www.cbm.org/fileadmin/user_upload/Publications/CBM-DID-TOOLKIT-accessible.pdf

Carretero, S. Garcés, J., & Ródenas, F. (2007) La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial. Recuperado de: <https://www.fundacionpilares.org/publicacion/la-sobrecarga-de-las-cuidadoras-de-personas-dependientes-analisis-y-propuestas-de-intervencion-psicosocial/>

CEPAL (2018). Panorama Social de América Latina 2017. Santiago de Chile, 2018.

Chávez, J. (2019) Plan de negocios para el diseño e implementación de un centro integral de desarrollo para el adulto mayor dirigido al nivel socioeconómico A-B en la ciudad de Arequipa.[Tesis de Maestría]. Universidad ESAN. Recuperado de: <https://repositorio.esan.edu.pe/handle/20.500.12640/1536?show=full>

CNUDPD (2006) Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Optional Protocol. United Nations. Recuperado de: <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>

Defensoría del Pueblo (2020). Personas adultas mayores frente al COVID-19: los centros de atención residencial en situación de emergencia nacional. Serie Informes Especiales N.º 009-2020-DP. Recuperado de: <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2020/04/Serie-Informes-Especiales-N%C2%B0-009-2020-DP.pdf>

Decreto Urgencia N° 046-2021. Decreto de urgencia que dicta medidas extraordinarias y urgentes en materia económica y financiera para fortalecer el aseguramiento universal en salud en el marco de la emergencia nacional por la covid-19. El Peruano (2021).

Decreto Supremo N.º 004-2016-MIMP. Aprueba el Reglamento de los Centros de Atención para Personas Adultas Mayores. El Peruano (2016).

Decreto Supremo N.º 011-2011-MIMDES. Aprueba la Política Nacional en relación a las Personas Adultas Mayores. El Peruano (2011).

Defensoría del Pueblo (2019). El impacto económico del trabajo doméstico no remunerado. Serie Igualdad y No Violencia N.º 11. Recuperado de: <https://www.defensoria.gob.pe/deunavezportodas/wp-content/uploads/2019/11/Trabajo-domestico-no-remunerado-2019-DP.pdf>

Durán, M. (2011). El trabajo del cuidado en América Latina y España. Fundación Carolina.

EsSalud (2022) Centros del adulto mayor. Observatorio de poblaciones vulnerables. Recuperado de: http://www.essalud.gob.pe/transparencia/observatorio_de_poblaciones_vulnerables/cam.html

EsSalud (2022) Círculos del adulto mayor. Observatorio de poblaciones vulnerables. Recuperado de: http://www.essalud.gob.pe/transparencia/observatorio_de_poblaciones_vulnerables/ciram.html

EsSalud (2015) Visitas domiciliarias Padomi. Estadísticas institucionales. Recuperado de: http://www.essalud.gob.pe/downloads/estadistica/mapa_tematico/prestaciones_salud/padomi/visitas-domiciliarias.html

IHME (2020). Perú. Recuperado de: <https://www.healthdata.org/peru>

INEI (2020). ENAHO (Encuestas Nacional de Hogares) [Base de datos]. Recuperado de: <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/encuesta-nacional-de-hogares-enafo-2020-instituto-nacional-de-estadistica-e-informatica-inei>

INEI (2021). Situación de la población adulta mayor. Informe Técnico. Recuperado de: <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-poblacion-adulta-mayor-oct-nov-dic-2020.pdf>

Ley N.º30490, 21 de julio del 2016. El Peruano.

Ley N.º26504. 18 de julio de 1995. El Peruano.

Ley N.º29973. 24 de diciembre del 2012. El Peruano.

MIMP (2019). MIMP impulsa acciones para fortalecer la protección de las personas adultas mayores en los centros de atención privados. Recuperado de:

<https://www.gob.pe/institucion/mimp/noticias/61360-mimp-impulsa-acciones-para-fortalecer-la-proteccion-de-las-personas-adultas-mayores-en-los-centros-de-atencion-privados>

MIMP (2012). Personas adultas mayores y familias. Boletín InfoFamilias. Recuperado de: <https://observatoriodelasfamilias.mimp.gob.pe/archivos/Infofamilia-2012-3.pdf>

MIMP (2022) Indicadores sociodemográficos. Recuperado de: <https://www.mimp.gob.pe/omep/indicadores-sociodemograficos.php>

MIMP (2020). Política Nacional Multisectorial para las Personas Adultas Mayores. Recuperado de: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1830271/PNMPAM%20Cuarto%20entregable%3A%20Politica-Nacional-Multisectorial-para-las-Personas-Adultas-Mayores.pdf>

MIMP (2021). Política Nacional Multisectorial para las Personas Adultas Mayores al 2030. Recuperado de: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1934191/Pol%C3%ADtica-Nacional-Multisectorial-para-las-Personas-Adultas-Mayores-al-2030.pdf>

MIMP (2013). Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2013 - 2017. Recuperado de: <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/planpam3.pdf>

Miró Quesada, J. y Nopo, H. (2022). Ser mujer en el Perú. Dónde estamos y a dónde vamos. Editorial: Planeta. Lima, 2022.

Navarrete-Mejía, P. J., Parodi, J. F., Rivera-Encinas, M. T., Runzer-Colmenares, F. M., Velasco-Guerrero, J. C., & Sullcahuaman-Valdiglesias, E. (2020). Perfil del cuidador de adulto mayor en situación de pandemia por SARS-COV-2, Lima-Perú. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 13(1), 26-31.

Ñopo, H. (2020). Latin America and the end of the demographic bonus. Southern Voice POLICY BRIEF N.º 1. APRIL 2020. <http://southernvoice.org/wp-content/uploads/2020/07/Latin-America-demographic-bonus-No-po-2020.pdf>

Ñopo, H. (2021). Políticas de protección social y laboral en el Perú. Una espiral de buenas intenciones, malos resultados y peores respuestas. UNDP LAC Working Paper N.º 17. Documento de Antecedentes para el Informe Regional de Desarrollo Humano 2021 de PNUD ALC.

OCDE (2019). Health at a Glance 2019: Indicadores de la OCDE, Publicaciones de la OCDE, París.

OIT (2022). Care at work: Investing in care leave and services for a more gender equal world of work. Ginebra: OIT. Recuperado de: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/publication/wcms_838653.pdf

OIT (2018). Panorama laboral temático N.º 4, Presente y futuro de la protección social en América Latina y el Caribe. Oficina Internacional del Trabajo - Ginebra: OIT, 2018.

Olivera, J., & Clausen, J. (2014). Las características del adulto mayor peruano y las políticas de protección social. *Economía*, 37(73), 75-113.

OMS (2021). Discapacidad y salud. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>

OMS (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1

OMS/Banco mundial (2011). Reporte mundial de discapacidad. Recuperado de: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf

Span, P. (2016). The Gray Gender Gap: Older Women Are Likelier to Go It Alone. The New York Times. Recuperado de: <https://www.nytimes.com/2016/10/11/health/marital-status-elderly-health.html>

UNFPA (2015). Adultos mayores en el Perú. Recuperado de: <https://peru.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA-Ficha-Adultos-Mayores-Peru.pdf>

Viviano, T. (2020). Violencia contra las personas adultas mayores por parte de los integrantes del grupo familiar: Apuntes para la intervención social. Recuperado de: <https://www.celats.org/23-publicaciones/nueva-accion-critica-10/296-violencia-contra-las-personas-adultas-mayores-por-parte-de-los-integrantes-del-grupo-familiar-apuntes-para-la-intervencion-social>

Anexo 1. Perfil de los cuidadores en el hogar de la persona mayor

Tabla N°01. Perfil del cuidador de adulto mayor

Edad del cuidador (años)	33,48 ± 9,77 [IC (95%) 31,45 - 35,59]	
Horas al cuidado del adulto mayor (horas)	11,53 ± 4,19 [IC (95%) 10,66 - 11,40]	
	n	%
Sexo		
Masculino	4	4,3%
Femenino	88	95,7%
Grado de instrucción		
Primaria	32	34,8%
Secundaria	25	27,2%
Auxiliar/técnico en salud	35	38,0%
Formación > 60 horas cuidado Adulto Mayor		
Si	11	12,0%
No	81	88,0%
Capacitación en lavado de manos		
Si	21	22,8%
No	71	77,2%
Capacitación manejo de estrés en adulto mayor		
Si	3	3,3%
No	89	96,7%
Información sobre cuidados del adulto mayor frente al COVID		
Si	5	5,4%
No	87	94,6%

Fuente: [Navarrete-Mejía et al. \(2020\)](#).