

Actores, política social y adultos mayores en el contexto de la Covid-19

Carlos Cáceres Torres

Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú

ccacerest@unmsm.edu.pe

RESUMEN

El presente artículo analiza la forma que toma la política social en la atención de la población adulta en el contexto de la Covid-19 a partir de la experiencia del proyecto Amachay. Exploramos cómo y en qué medida los diversos enfoques teóricos sobre el proceso de envejecimiento poblacional son tomados en cuenta o dejados de lado en esta intervención. Para ello nos basamos en la experiencia desarrollada por un grupo de jóvenes estudiantes de trabajo social que participaron como promotoras sociales y tuvieron a su cargo las acciones de seguimiento y articulación para la atención de las y los usuarios. Esta investigación nos arroja resultados muy interesantes debido a que permite relevar una discusión teórica desde el ámbito de la política social a través de la revisión de sus métodos, estrategias y acciones en campo desde la visión de los actores sociales, buscando encontrar pistas para mejores intervenciones sociales con la población adulta mayor.

PALABRAS CLAVE: Política social, adultos mayores, actores sociales, COVID-19

Social actors, social policy, and the elderly in the context of COVID-19

ABSTRACT

This article analyzes how social policy acts in relation to the elderly's care service in the context of COVID-19, based on the experience of the Amachay project. It explores how and to what extent the various theoretical approaches to aging process of population are taken into account or left aside in this intervention. Therefore, it is based on the experience developed by a group of young social work students who participated as outreach workers and were in charge of the follow-up and coordination actions for users' care service. This research yields very interesting results given that it allows to highlight a theoretical discussion from social policy field through the review of its methods, strategies, and field actions from social actors' perspective, seeking to find clues for better social interventions with the elderly population.

KEYWORDS: Social policy, the elderly, social actors, COVID-19

1. Introducción

En el marco del contexto de cuarentena obligatoria y aislamiento social en el Perú se introdujeron algunos programas sociales desde el poder ejecutivo para afrontar los efectos del coronavirus y las situaciones de vulnerabilidad que podrían complejizar más la problemática sanitaria. Así se crea la Red de Soporte para la persona adulta mayor en alto riesgo y personas con discapacidad severa “AMACHAY”.¹ El programa asume la responsabilidad de planificar y coordinar las acciones de protección y evaluación de las condiciones de las personas adultas mayores en alto riesgo y personas con discapacidad severa, y es ejecutado a través del Ministerio de Desarrollo e inclusión social². Para su implementación se incorpora un enfoque eminentemente territorial y se operativiza a través de las Gerencias de Desarrollo social de las Municipalidades o la dependencia que haga sus veces³. También se incorpora una lógica de red a través de las cuales se articulan servicios y se busca una atención integral al adulto mayor. Estas redes están compuestas por dependencias del Ministerio de Salud (Minsa), del Ministerio de la Mujer (Mimp) y del Programa País, antes denominado Tambos.

Con este nuevo programa se busca contribuir con la prevención del contagio del nuevo Coronavirus (Covid-19), la mitigación de los efectos en la salud y la contención de nuevos casos, priorizando a la población de mayor riesgo. La Población focalizada está representada por Personas Adultas Mayores con Alto Riesgo (PAMAR) con edades que van de 60 años a más y que presentan al menos una comorbilidad de la lista señalada por el Minsa; también se consideran a las Personas con Discapacidad Severa (PCDS), que presentan dificultad grave o completa para la realización de sus actividades diarias, requiriendo para ello del apoyo de dispositivos o asistencia personal permanente o la mayor parte del tiempo. Esta línea de trabajo del Programa Amachay responde al incremento de la población adulta mayor y del proceso de envejecimiento de la población. Según datos de la Organización de Naciones Unidas (ONU, 2020), en

1 El “Documento Técnico para la implementación de la Red de Soporte para la Persona Adulta Mayor con Alto Riesgo y la Persona con Discapacidad Severa, frente al COVID-19” se aprueba mediante la Resolución Ministerial N° 066-2020-MIDIS ya para el 6 de abril del 2020. Tiempo después, el 14 de abril de 2020 fue aprobada la Resolución Ministerial N°193-2020/MINSA de Prevención y Atención de personas afectadas por COVID-19 en el Perú. Por último, se aprueba el DS N° 067-2020-MIDIS que dispone medidas complementarias en el marco de la declaratoria de estado de emergencia nacional por las graves circunstancias que afectan la vida y la salud de la nación a consecuencia del brote del COVID-19.

2 El 28 de marzo se otorga, mediante el Decreto Supremo N° 060-2020-EF, la suma de CUARENTA MILLONES de SOLES) a favor del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social para la contratación de los servicios necesarios que aporten a la organización y desarrollo de una Red de Soporte para el Adulto Mayor con Alto Riesgo y la Persona con Discapacidad Severa.

3 Mediante la Resolución Viceministerial N° 001-2020-MIDIS/VMPES se aprueba el manual que establece las pautas que deben seguir los Gobiernos Locales para la implementación de las “Red de Soporte para la Persona Adulta Mayor con Alto Riesgo (PAMAR) y la Persona con Discapacidad Severa (PcDS)”, en cumplimiento del Decreto de Urgencia N.º 026-2020 y el Decreto Supremo N.º 005-2020-MIDIS.

el Perú la esperanza de vida durante los años 2015 al 2020 es de 75,3, y la proyección es que durante los años 2045 a 2050 la esperanza de vida mejorará, llegando a 82,1 años, y posteriormente daría un salto cuantitativo a 88,1 en el periodo de los años 2095 al 2100. De acuerdo con los datos del XII Censo de Población y VII de Vivienda realizados durante el 2017, que hay casi tres millones y medio de personas con 60 años a más, donde el 52,60 % son mujeres y 47,40 % son hombres.

2. Métodos y técnicas de investigación

El método de investigación utilizado es mixto, en la medida que se implementaron técnicas de investigación cualitativa y cuantitativa, para conocer de una manera descriptiva y explicativa la forma en que se viene implementando el Programa “Amachay” en tres distritos de Lima Metropolitana, San Miguel, Los Olivos y Puente Piedra, considerando las diferentes realidades sociales que expresan estos distritos. Se tomó como unidad de análisis a los actores sociales y la población beneficiaria focalizada por el Programa en estos tres distritos, buscando obtener información respecto esta intervención y de las lógicas y enfoques que subyacen a las acciones, metodologías y estrategias implementadas, así como de datos cuantitativos que nos permitan una mayor comprensión de la realidad de los adultos mayores participantes.

La información cualitativa gira en torno a la labor de los promotores sociales, encargados de realizar el seguimiento de la población adulta mayor, y que son en buena medida el centro de su actuación. La denominación que se les ha dado es de “actores sociales”, por lo que a lo largo del documento nos referiremos de esta manera. Para ello hemos utilizado la entrevista como técnica esencial para hondar en las diversas percepciones generadas a partir de su experiencia en Amachay durante el año 2020. Los aspectos cuantitativos giran en torno a la población atendida, su realidad socioeconómica, co-morbilidades, género, entre otros, los cuales nos permiten hacer una comparación con los datos que nos proporciona el INEI y otras instituciones respecto de la realidad social de las PAM. Esta data está basada esencialmente en la información recogida por actores sociales de estas municipalidades.

Teniendo en cuenta que ésta es una intervención diseñada e implementada en el año 2020, por lo que resulta de vital importancia analizarla en el marco de la política social del estado peruano, buscando conocer cómo se viene implementando el programa Amachay, considerando sus enfoques, procesos, acciones, sus limitaciones y potencialidades, entre otros aspectos, desde la percepción de las y los actores sociales.

El recojo de información en campo se realizó entre los meses de agosto y setiembre del año 2020 en las tres municipalidades mencionadas donde se viene implementando el programa Puente Piedra, Los Olivos y San Miguel. Este análisis es de carácter explo-

ratorio y no busca generar una comparación estadística de su implementación, sino dar cuenta de aspectos relativos a la intervención a nivel del territorio. Con estos resultados no buscamos generar representatividad, sino más bien iniciar una discusión en torno a la forma en que se diseñan los programas sociales, sus objetivos de fondo y su relación con procesos de promoción o transformación social.

3. Aspectos teóricos para considerar en el análisis

Analizar la implementación de un proyecto social implementado como parte de las políticas sociales en el marco de la pandemia del Covid-19 conlleva a reflexionar sobre cuáles son los enfoques teóricos que subyacen a las diversas formas de atención o intervención de lo social. Las concepciones en torno a la vejez han ido evolucionando de acuerdo con la cultura y la sociedad, generando estereotipos y mitos en torno a la noción de adulto mayor (PAM) Algunas perspectivas teóricas, que presentaremos a continuación, han dado cuenta de ese debate. La primera que presentamos es la Teoría del construccionismo social, que se enfoca en que el envejecimiento y los problemas que enfrentan las personas adultas mayores es resultado de la construcción social a nivel macro, comprendido dentro de ello a las organizaciones tipo Estado o la economía; a nivel micro, en las interacciones personales; y a nivel meso, a través de estructuras y procesos organizacionales que crean mundos sociales. Esta teoría contempla la vulnerabilidad y marginación de los adultos mayores en función de la gran diversidad de debilidades construidas socioculturalmente, colocándolos en una posición social desventajosa. Montes de Oca (2003) citado por Díaz Tendero, A. (2011)

“la vejez trae consigo un proceso de marginación en diversas esferas vitales, como el retiro voluntario o forzado del trabajo, el cambio en la estructura y composición de los hogares, el relevo en la toma de decisiones, un nivel de ingresos menor y la pobreza en algunos casos”. (Díaz: 2011: p. 13-14)

Una segunda perspectiva es la teoría de la Acción sin daño, que propone la existencia de prácticas que pueden generar daño sin que estas necesariamente lo hayan observado o lo hayan premeditado, es decir, este daño sería no intencional. Entre estas acciones se puede identificar desconocer la heterogeneidad de contextos y diversidad cultural o social; no dar acceso a la participación de beneficiarios/usuarios en la planeación, ejecución y evaluación de proyectos, excluyéndolos bajo el argumento del conocimiento experto, dando lugar a absolutización de técnicas, control de mecanismos institucionales y actitudes de menosprecio; Rivalidad y no articulación entre instituciones en el marco del mismo territorio o de la misma población; Mandato institucional por encima de

necesidades y demandas de las comunidades; Entregar recursos sin acompañamiento; No considerar características culturales de contextos locales en procesos de ayuda o asistencia alimentaria o de salud, entre otras. (Vela; 2011)

Como tercer enfoque o perspectiva teórica está la gerontología social, que se encarga de estudiar las condiciones biológicas, las bases psicológicas y la estructuración social en la que se desarrolla la vejez y el envejecimiento, por lo tanto, busca conocer el impacto que generan las condiciones socioculturales y ambientales en el proceso de envejecimiento, así como las consecuencias sociales de ese proceso y las acciones o intervenciones sociales que puedan proponerse para contribuir a un mejorar estas condiciones. Los objetivos de esta perspectiva, se podría decir que son, por un lado, cuantitativos, pues busca ampliar el rango de vida de las personas; y Cualitativo, pues se orienta a mejorar la calidad de vida de las personas mayores, velando por su bienestar. (Fernández; 2000)

Los aspectos centrales de la Gerontología social parten de la unión de las perspectivas biológica, psicológica y social. Lo biológico está referido a los cambios como producto del paso del tiempo y se reflejan año a año en los distintos sistemas del organismo; Por su parte lo Psicológico está referido a los cambios o los niveles de variabilidad que el paso del tiempo produce en las funciones psicológicas del organismo. Nos referimos a aspectos tales como la atención, la percepción, el aprendizaje, la memoria, la afectividad, la personalidad, entre otros; finalmente lo Social, que está referido al análisis o estudio de estos cambios en relación con los roles sociales, los procesos de intercambio y estructuración social, así como otros aspectos que modifiquen sus procesos de interacción y socialización. En esta perspectiva se observan tres tipos de envejecimiento: El Envejecimiento Normal, es decir, un organismo que no presenta patologías, y que aunque no padecen enfermedades, presentan un alto riesgo de padecerla, debido a que el funcionamiento físico y cognitivo puede presentar alteraciones; El Envejecimiento Patológico que se caracteriza por la enfermedad y la incapacidad-discapacidad que presenta una persona debido a la edad en la que se encuentra; y por último, el Envejecimiento Biológico, que está referido a su estado físico y a los cambios a lo largo de la vida: desarrollo, meseta, declive.

En el marco de estas diversas perspectivas que observan los procesos de envejecimiento se diseñan e implementan las políticas sociales buscando que el impacto de estos procesos naturales no genere situaciones de riesgo o condiciones críticas que puedan afectar el desenvolvimiento de las y los adultos mayores en su vida cotidiana. De ahí que las intervenciones sociales se desarrollen a nivel individual, familiar y social, pues se busca que estas sean intervenciones integrales. La familia representa el espacio clave de análisis porque es en su entorno que se desarrollan los lazos de apoyo y soporte de las y los adultos mayores, especialmente en los momentos que el proceso de envejecimiento genera efectos en la salud. Al respecto, Moragas (1991) afirma que una sociedad, cuyas

familias satisfacen a sus miembros, resulta una sociedad menos conflictiva que otra que busca la satisfacción de necesidades fuera del ámbito familiar.

El envejecimiento es reconocido como un proceso natural e inevitable, debido a que es la ley de la vida, todo ser vivo tiene la tendencia a envejecer, por lo que no se puede definir como una enfermedad, sino simplemente una etapa de la vida que se debe aprender a vivir y disfrutar, pues generalmente, en este ciclo de vida se han alcanzado los proyectos de vida y da cabida a disfrutar de lo logrado. Sin embargo, un alto número de adultos mayores padecen de problemas psicológicos vinculados principalmente por factores socioeconómicos. Es por ello, que el envejecimiento se debe de comprender como un proceso de adaptación proveniente del organismo y de su entorno social. Esto pone en manifiesto temas como el bienestar físico, social y mental durante todas las etapas de vida con el fin de ampliar la esperanza de vida saludable, calidad de vida y productividad en la vejez.

Las sociedades generalmente perciben a la vejez como una etapa difícil, que va unida a pérdidas de todo tipo, en especial de las capacidades vitales, oportunidades y habilidades. Como se mencionó muchos suelen asociar la vejez a una enfermedad, sin tener en cuenta que, en la mayoría de los casos solo se da un declive lógico y natural, que no tiene que ver con deterioro, enfermedad o discapacidad; sino que es el entorno y las condiciones que lo vuelve muchas veces vulnerable. Se debe dar cuenta, además, que el mismo sistema en el que vivimos, el capitalista, ha sumado de manera decisiva a consolidar en el imaginario social, que llegar a la vejez es ser improductivo, ya que pone énfasis en lo económico, dándose a notar que este grupo poblacional es una carga para sostener por el resto de la población. Sumado a ello y, en esencia, la disminución de políticas públicas y sociales ha conllevado a que los adultos mayores se conviertan en el segmento de la población objeto de maltrato, abandono y vulnerabilidad.

En los años noventa se consolida La Teoría del Ciclo Vital como una postura gerontológica dominante que plantea que el ciclo vital del ser humano está estereotipado en función de su experiencia, es decir, comienza con el periodo educativo, seguido de años de trabajo y culmina con el retiro. Igualmente percibe esta conformación en base a factores históricos, sociales, psicológicos, económicos y medioambientales que ocurren en la vida del individuo. En esta perspectiva se pretende estudiar los efectos que genera el contexto social en el proceso individual de las personas. (Díaz, 2011, pp. 12-13)

El Enfoque Sistémico, elaborada por Bertalanffy en 1968 aplicado a la familia está basado en la Teoría General de Sistemas y aplicado al análisis de la familia, la observa como un conjunto organizado de individuos en constante interacción. Igualmente, esta perspectiva no toma rasgos de personalidades individuales, por el contrario, la familia se configura como un grupo con una identidad propia en la cual se da un entramado de relaciones; y que a su vez interactúa y mantiene comunicación con un suprasistema al cual pertenece. (Espinal, et al., s.f., p.3) En ese sentido, la persona adulta mayor es

considerada un componente activo en el sistema familiar ya que suma a la organización en sí, y las problemáticas que se configuren en torno a ella van a ser comprendidas por todo el sistema y las interacciones conjuntas, y no vistas aisladamente.

Así mismo, el contexto del Covid-19 nos ha puesto en un escenario que ha evidenciado un conjunto de perspectivas sociales adversas, como la de exclusión social que ve en las personas mayores aspectos negativos, lo cual conlleva a situaciones discriminación o estigmatización, es decir, asociando el proceso de envejecimiento con la enfermedad o la improductividad. Esta perspectiva cobra fuerza en el contexto de la pandemia, debido a que la mayor parte de los casos graves de la enfermedad recayeron en adultos mayores, fortaleciendo la noción de “viejismo”. Contrariamente a esta perspectiva el entendimiento de una “edad fisiológica” hace referencia a un tipo de envejecimiento que con acceso a derechos y condiciones sociales apropiadas permite un envejecimiento saludable. Lamentablemente un mal entendimiento del proceso de envejecimiento a impactado en el diseño de las políticas públicas, homogenizando a las y los adultos mayores y afectando los resultados de estas acciones, incluso contradictoriamente, sobreprotegiendo a quienes menos lo necesitan y desprotegiendo a los que más lo requieren. (Angulo et al; 2020)

4. Resultados y discusión: La gestión, la población atendida y los actores sociales del Programa Amachay

4.1. Gestión del Programa Amachay

Las Instancias de Articulación Local (AL) son espacios de articulación liderados por el Gobierno local (Municipalidades), responsables de articular a los actores sociales y de establecer los mecanismos de atención. Así mismo, se encarga de desarrollar estrategias, monitorear y evaluar el cumplimiento adecuado de la Red de Soporte para la Persona Adulta Mayor con Alto Riesgo y la Persona con Discapacidad Severa. Para ello, implementa un paquete de Servicios Priorizados con las siguientes líneas de trabajo:

- a. Consejería y orientaciones sobre prácticas saludables para prevenir el contagio y mitigar los efectos de la infección por coronavirus (COVID-19), según protocolo establecido por el Ministerio de Salud.
- b. Identificación de signos de alarma para la infección por coronavirus (COVID-19).
- c. Inmunización (neumococo e influenza, según esquema de vacunación vigente).
- d. Seguimiento de casos probables e investigación de contactos intradomiciliarios.

La estructura funcional y de responsabilidad para la implementación del programa en cada distrito es la siguiente:

El Gobierno Local (GL)⁴ opera a través de un representante de su institución, que se personifica en un Funcionario designado por el Gobierno Local para liderar la organización operativa del programa; coordina y hace seguimiento de las actividades realizadas por los coordinadores sectoriales/territoriales a su cargo; y es responsable de gestionar y coordinar al interior de la municipalidad mecanismos de implementación que garanticen el seguimiento y actualización del padrón nominal de personas adultas mayores (PAMAR) y personas con alto riesgo o discapacidad severa (PcDC). El Coordinador sectorial/territorial (CST) es la persona contratada por el municipio para liderar la organización operativa de la Red de Soporte para la PAMAR y PCDS; así como realizar el monitoreo y la actualización del padrón nominal. Para ello coordina y hace seguimiento a las actividades de los actores sociales.

El Actor Social (AS) es la persona de la comunidad, seleccionada por la Gerencia de Desarrollo social de la Municipalidad, quien es responsable de la identificación y seguimiento de la población usuaria del servicio a través de llamadas telefónicas y/o visitas a los beneficiarios, resguardando la confidencialidad de la información a la cual tienen acceso. También brinda orientación respecto de prácticas saludables; y realiza el seguimiento nominal a la población objetivo, manteniendo informado al Coordinador sectorial/territorial a través de reportes diarios e información semanal, sobre los avances y dificultades en la entrega del paquete de servicios priorizados.

El programa plantea dos etapas como parte de su implementación. La primera, es a través de **comunicaciones telefónicas**; y la segunda es la de visitas domiciliarias, para establecer el primer contacto, y seguimiento a través de comunicaciones telefónicas. Estas actividades están a cargo de actores sociales identificados, seleccionados y capacitados por el Gobierno Local. Las modalidades de atención entonces se establecen tanto de manera virtual (teléfono) y presencial a través de la visita al domicilio. La implementación responde a tres momentos claramente definidos, primero es la fase “cero” donde se coordina la creación de la red; la segunda fase es la de “identificación y georreferenciación del PAMAR y PcDS; y la tercera es la entrega de paquete de servicios priorizados.

Como vemos el papel del actor social es clave porque es quien va a establecer una relación directa con la población beneficiaria, por ello la elección de las personas o profesionales que van asumir este rol será fundamental como veremos más adelante. Cada Municipalidad marca algunas características distintivas sobre la población, considerando que los niveles sociales, económicos y culturales varían. El Instrumento esencial utilizado en la implementación del programa Amachay es el Padrón nominal de personas

4 Organiza y lidera la Instancia de Articulación Local (IAL), para la implementación del programa y articula con las instituciones que tiene responsabilidades en la entrega del paquete de servicios priorizados; Garantizar que los datos del Padrón Nominado y del Portal de Seguimiento de Personas Adultas Mayores de Alto Riesgo y Personas con Discapacidad Severa se encuentren protegidos de terceros no autorizados para fines que no sean los contemplados en el marco de la Emergencia.

adultas mayores de alto riesgo y personas con discapacidad severa. Este padrón contiene datos, tales como nombres y apellidos, documento de identidad, dirección, teléfono, tipo de seguro de salud, enfermedades crónicas que padecen y datos del cuidador (nombres, apellidos y teléfono). Dicho padrón debe permitir el registro y notificación de alertas de síntomas y eventos clínicos asociados a la infección por coronavirus COVID-19.

La población focalizada por el programa Amachay fue seleccionada con base en el padrón nominal, priorizando aquellas personas que se encuentren con algún tipo de morbilidad o comorbilidad, no se tomó en cuenta el nivel socioeconómico, tampoco si cuenta con redes de apoyo familiar, entre otras características. Se tuvo como único requisito tener algún tipo de problema de salud como indicador de vulnerabilidad. Esta fórmula podría considerarse insuficiente para lograr una adecuada evaluación social de la población adulta mayor con mayor grado de vulnerabilidad. Cada Municipalidad se presenta autónoma en el manejo e implementación del Programa Amachay, por lo tanto, la selección de beneficiarios se da de acuerdo con el Sistema de Focalización de hogares (SISFOH), y en base al presupuesto que tiene cada gobierno local para la ejecución del programa, por ello podemos encontrar muchas diferencias entre los usuarios focalizados por cada municipalidad, puede variar la cobertura, la calidad de la focalización, pero también las características socioeconómicas de la población atendida. Por ello, en algunas municipalidades se beneficia a las personas en mayor estado de vulnerabilidad respecto a sus redes de soporte, economía y vulnerabilidad en salud; mientras que en otras se prioriza a aquellos que solo presentaban morbilidad y comorbilidad. De acuerdo con la información recabada de los actores sociales, en la segunda etapa de implementación del programa se ampliará el número de beneficiarios en base al registro proporcionado por la Oficina Municipal de la Persona con Discapacidad (OMAPED) y el Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM), lo cual le daría un nuevo impulso a la implementación y una orientación mayor hacia la generación de impacto.

De acuerdo con lo manifestado por los actores sociales entrevistados hay información que no se cruza para obtener mejores filtros y mejorar no solo la focalización, sino las formas de atención. Por ejemplo explican que un gran número de personas que presentan carencia económica cuentan con redes de apoyo por parte de la familia e instituciones; en otros casos los usuarios con problemas de salud no fueron beneficiadas con el paquete de servicios priorizados, por ello, plantean como una medida urgente implementar fichas de empadronamiento que incorporen nuevas variables con datos específicos que ayuden a una mejor evaluación de los beneficiarios/usuarios, tales como aspectos socioeconómicos, redes de soporte familiar directa e indirecta; tipo de seguro de salud u otras formas de acceso a servicios de salud que les sean accesibles a través de familiares, amistades, instituciones religiosas, etc.; Aspectos socioculturales y cognoscitivos que puedan tener impacto en la forma en que definen su salud personal, ya sea

a nivel preventivo o a nivel curativo, pues ello también puede influir en el acceso y los resultados de la atención médica.

4.2. Análisis de los resultados sobre la población usuaria del programa Amachay atendida en comparación con los resultados de los Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas

De acuerdo con los resultados del Censo Nacional 2017, en el primer trimestre del año 2017 el 41,6 % de adultos mayores accedieron sólo a EsSalud, mientras que el 35,7 % al Seguro Integral de Salud (SIS) y el 7,1 % accedió a un Seguro Privado de Salud. Asimismo, en el primer trimestre del año 2018, estos porcentajes tuvieron una cierta variación, el 39,9% de los/as adultos/as mayores accedieron solo al SIS, mientras que el 35,7% a EsSalud y el 5,6 % acceden a un Seguro Privado de Salud. Como vemos la proporción de asegurados al Seguro Integral de Salud (SIS) se incrementó en 4,2 puntos porcentuales; mientras en cuanto a EsSalud disminuyeron en 5,9 puntos porcentuales, y con respecto a otros seguros disminuyó la cifra tan solo en 1,5%.

De acuerdo con los datos obtenidos de los usuarios de Amachay de las Municipalidades de San Miguel, Puente Piedra y Los Olivos es interesante ver que de la muestra encuestada el 44% son mujeres y el 56% son hombres. el 72% cuenta con el seguro de EsSalud, seguido por 25% que cuenta con SIS y el 3% con una EPS. Como vemos, pareciera que el programa estuviera apostando por atender a la población afiliada a EsSalud, a pesar de no ser la población mayoritaria, ni tampoco la que requiere de mayores servicios de salud. Otros datos importantes son que más del 82% de las mujeres adultas mayores presentaron algún problema de salud crónico, a diferencia de la población masculina que representa casi el 70%, habiendo una notoria diferencia entre ambos grupos. Por otro lado, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI; 2017) las mujeres de Lima Metropolitana son las que más padecen de problemas de salud crónico, representando el 84,9%. Se observa claramente una mayor incidencia de mujeres adultas mayores que padecen problemas de salud crónico. Con problemas de salud crónico se hace referencia a la población que reportó padecer enfermedades como artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, TBC, VIH, colesterol, u otros malestares crónicos. El 98% de los usuarios del programa Amachay de las Municipalidades de San Miguel, Puente Piedra y Los Olivos presentan comorbilidades, seguido del 2% que presenta comorbilidades y discapacidad, pero no se encuentra ningún beneficiario que presente solo discapacidad. Es interesante ver que de la muestra encuestada el 44% son mujeres y el 56% son hombres.

En el Perú existen más de 630 mil adultos mayores que viven solos. Ellos representan el 38,4% del total de población de ese grupo de edad. Cabe precisar que, de este total, un 61,8% vive con otra persona adulta mayor que puede ser su cónyuge o

alguien con quien les una alguna relación de parentesco o amistad. Un 38,2% viven completamente solos, es decir, en un hogar unipersonal. (INEI; 2017) Según los resultados pudimos darnos cuenta de que el 92% de los usuarios del programa Amachay, de estas municipalidades, viven acompañados; seguido del 8% que viven solos. Lo que nos remite a analizar la forma en que se está focalizando, pues las características de la población no guardarían relación con la forma en que se está estructurando la población adulta mayor más vulnerable.

El informe técnico sobre la Situación de la Población Adulta Mayor, nos muestra que en el Perú la pirámide poblacional del 2017 va yendo camino a ser una pirámide regresiva, debido al incremento gradual y sostenido de la población adulta mayor, por lo que, el volumen de los subgrupos etarios se va modificando paulatinamente mostrando una tendencia en la que se reducen las diferencias entre subgrupos. Si bien se espera que a mayor edad del grupo etario haya menor población, los números reflejan que su volumen es cada vez más constante. En la data recogida encontramos que el 49% de los usuarios del programa Amachay de las Municipalidades de San Miguel, Puente Piedra y Los Olivos se encuentran en el rango de edad de entre 60 a 70 años, seguido del 47% que se encuentran en el rango de edad de entre 71-80 años, y finalmente el 4% que representa el rango de edad de entre 81 a 90 años.

El informe técnico de 2018 respecto de la Situación de las PAM refiere que están incluidos en la Población Económicamente Activa (PEA) y representan el 56.1% siendo mayor el porcentaje de hombres (68.5 %) que de mujeres el (44.7%). Hay una relativa mayoría de PAM que trabajan o que dependen de su trabajo para vivir lo cual da una idea de sus prioridades y de cómo están abordando su proceso de envejecimiento. Así mismo la mayoría de ellos (79%) desarrolla sus labores en empresa de 1 a 10 trabajadores, por lo que es evidente observar que trabajan en negocios individuales o en microempresas, lo cual pueden estar siempre mas cercano a condiciones semiformales de trabajo e incluso de subempleo. (Mimp; 2013) Estos datos son totalmente diferentes a los PAM focalizados pues un dato importante que encontramos en la información obtenida de las fichas de la Red de Amachay es que El 93% de los beneficiarios no se encuentran laborando.

Según informes del MINSA del año 2020, en los adultos mayores de 60 años a más, la cobertura de neumococo alcanzó el 62% e influenza el 47% en el año 2019. En el esquema de vacunación del MINSA se recalca que a los adultos mayores de 60 años a más que presentaron enfermedades neurológicas, diabetes, renales, demencia y Parkinson se les aplicó la vacuna del neumococo y en el caso de los que no presentaron estas enfermedades se le aplicó la denominada vacuna influenza adulto. El 51% de la población beneficiarias del programa en estas municipalidades no se encuentran vacunados del Neumococo y la Influenza, seguido del 49% que se encuentran vacunados del Neumococo y la Influenza.

Según el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del MINSA hasta agosto del 2020, los casos positivos de COVID 19 en adultos mayores de 60 a más años es de 18,2 %, el mayor porcentaje de casos se presenta en los adultos que acumulan el 59.2% de los casos, sin embargo, la letalidad en los adultos mayores que se encuentran en el rango de edad de 60 a más años es de 17.43%, siendo esta 7.6 veces más que la de los adultos. (Minsa; 2020) Con respecto a la violencia, según el Observatorio Nacional de Violencia contra las mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar indica que el Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual (PNCVFS), durante el año 2017 atendió en total 95.317 casos de violencia familiar y sexual; de los cuales 5.594 son casos de personas adultas mayores, lo que representa el 5.9%. Durante el año 2018 atendió más de mil trescientos casos, de los cuales unos 8 mil 100 casos son de personas mayores de 60 años, lo que representa el 6.15% de todos los casos atendidos, lo que muestra un incremento. En el año 2017 se registraron 3,675 casos y en el año 2018 5,551 casos de violencia psicológica. (Mimp; 2020)

4.3. Percepciones de los actores sociales sobre la implementación del Programa

A partir de las entrevistas realizadas a los actores sociales de las tres municipalidades surgieron aspectos muy importantes a resaltar en tres ejes principales que nos pueden permitir un conocimiento más profundo del programa, primero respecto de las limitaciones o dificultades en su labor; segundo, respecto de cómo se sienten en la realización de su labor; y tercero, cuáles son los principales logros que consideran haber alcanzado.

Respecto de las principales limitaciones para la realización de su labor surgieron respuestas relacionadas con aspectos relativos a la gestión del programa, especialmente en la forma en que se gestionan a través de las municipalidades, encontrando errores en las bases de datos, números telefónicos de contacto errados o desactualizados. En las respuestas la mayor parte de las dificultades redundan en la imposibilidad de establecer comunicación con los usuarios debido a estos problemas de error material, dándole menor importancia a otras dificultades o situaciones relativas a los usuarios atendidos. Llama la atención entre las respuestas la existencia de usuarios registrados, pero que al realizar la comunicación ya habían fallecido al menos hace más de un año. Una coincidencia frecuente en las respuestas nos lleva hacia la desactualización de los padrones, esto podría deberse a la manera en que se gestiona el Sistema de Focalización de hogares, lo que abre nuevas interrogantes respecto a la profesionalización de estas oficinas, sus sistemas de actualización, la capacitación del personal, entre otros aspectos importantes.

Otro aspecto que surge, también relacionado con la gestión, es el proceso de articulación de servicios con las instituciones aliadas, quienes deberían actuar ante las alarmas reportadas por los actores sociales. Sin embargo, estas alarmas no fueron atendidas con la prontitud que se esperaba o simplemente no fueron atendidas, hechos que afectaron

la confianza y afinidad con los adultos mayores del Programa. Otros aspectos de la atención en sí misma, refieren a las exigencias de los usuarios sobre los horarios de las llamadas telefónicas que pueden ser muy distanciadas, lo cual afecta el manejo de tiempos que destinan los actores sociales, teniendo en cuenta que a pesar de que en el perfil se considera a personas de la comunidad, en la mayoría de los casos son estudiantes universitarios que tienen horarios estructurados, por lo que requieren una mayor y más eficiente gestión del tiempo.

Entre los principales problemas descritos están que no responden oportunamente las entidades ante las alarmas generadas; no se encuentra la base de datos actualizada o el padrón de beneficiarios no está actualizado; en las listas se tiene beneficiarios fallecidos; los datos de contacto están desactualizados o son inexistentes: *“Del Total de beneficiarios que se nos asignan solo el 50 % aproximadamente tienen números telefónicos actualizados”*; *«Las preguntas de seguimiento del Portal del MIDIS son cerradas y generales, no contemplan ítems de otros para poder detallar»*; *“En ocasiones el beneficiario pide que se le haga la llamada sede seguimiento en un horario en el que se cruza con las clases de la universidad, pero ya se pudo solucionar ese inconveniente hablando con el beneficiario y llegando a un acuerdo de horario en el que ambos podamos comunicarnos sin ningún inconveniente”*; *“Algunos beneficiarios no cuentan con un celular personal, y se tiene que contactar al teléfono de otro familiar o uno general de su hogar, y en ocasiones son los familiares los que piden que no se hagan el seguimiento al beneficiario”*; Una observación que se repite en los actores es que el soporte brindado por la red no actúa con rapidez para brindar el apoyo en enfermedades de emergencia, lo cual genera mucho malestar en los usuarios y sus familias.

Respecto de los principales logros en la labor del actor social. Las y los actores sociales identifican un conjunto de logros, en cuanto a su formación, adquisición de experiencia, conocimientos sobre la realidad de los adultos mayores, y logros respecto de los resultados que observan de su labor específica en el seguimiento, es decir, a favor de los adultos mayores, por ejemplo indican *«Poder conocer e identificar de cerca las interacciones, actividades y destrezas de la población Adulta mayor»*; El desarrollo máximo de la empatía y persuasión; Haber generado un vínculo con los beneficiarios; Ser eficiente en la realización de visitas domiciliarias; Poder aprender a desenvolverse más al interactuar con los usuarios y conocer más sobre la población adulta mayor. También se identifican aprendizajes más técnicos en relación con la eficiencia en la organización, las visitas domiciliarias, el llenado de las fichas de seguimiento, las metodologías y técnicas comunicativas para brindar la información; y aspectos relacionados con el valor que le otorgan a su labor desde un lado más personal o emocional. *“Los beneficiarios han encontrado en mi a una red de soporte más, debido a que he podido llegar a entablar una relación cercana con cada uno de ellos escuchándolos y tomándome el tiempo de poder hablar acerca de sus inquietudes, problemas y que sientan que estoy para apoyarlos y ayudarlos, porque muchos de ellos viven con sus hijos, pero no tienen una buena relación y se sentían solos”*

Por otro lado se identifica como un logro, alcanzar que los beneficiarios que estaban inicialmente reacios a participar vayan cambiando de parecer y se sientan cómodos y conformes con el seguimiento. *“Los nuevos beneficiarios que han sido agregados hace poco a mi cargo, figuraban que solo querían el seguimiento una vez al mes o no querían recibir el seguimiento, pero me comuniqué con ellos y les expliqué la importancia de que podamos brindarle el paquete de servicios especializados, y actualmente reciben el seguimiento 3 veces por semana y se han mostrado con gran entusiasmo y vamos entablando una buena relación entre actor social y beneficiario”*.

Emociones y subjetividades en la labor del actor social. Desde el lado más emocional, al parecer este tipo de labor ha generado una condición de satisfacción por la labor realizada, lo cual podría ser favorable para promover vocaciones en relación con los jóvenes profesionales que trabajan como actores sociales. *“Me siento comprometida y muy satisfecha por las acciones que realizo diariamente, dado que, los agradecimientos y conversaciones con los PAMAR, en cierta forma es un contacto intergeneracional que influye positivamente en mi vida personal. Me siento bien, me gusta mi labor como actora social”*; *“No solo se realiza el seguimiento para saber si presentan síntomas de covid, sino también escucharlos e igualmente brindarles información sobre otros temas como afiliaciones al SIS., ayudarlos a saber si se encuentran dentro de los beneficiarios del bono, si están en el SISFOH, brindarle información sobre el recojo de medicina en el seguro, etc. Todo ello me hace feliz, el poder apoyarlos al menos a la distancia”* Como vemos, hay un interés y compromiso por ir más allá del mero seguimiento, lo cual puede generar información interesante para evolucionar y mejorar el programa.

Principales problemáticas identificadas en la implementación de Amachay. La problemática identificada es muy variada y depende del tiempo de permanencia, como de la situación personal que viven, por lo que habría que leerlas en el marco de todos estos factores. Un primer elemento que surge es la existencia de un inadecuado seguimiento a los beneficiarios. Esto podría darse debido a que existe una base de datos del Padrón nominal (SISFOH, RENIEC, SIS) que maneja el programa Amachay se encuentra desactualizado, lo cual ha dificultado abordar a la población que tiene mayor vulnerabilidad frente a otros que sí cuentan con redes de apoyo de la familia e instituciones.

Existe una Limitada difusión del programa Amachay con los beneficiarios, quizás esto puede deberse a que el programa se desarrolló y ejecutó en un corto tiempo y que su rango de cobertura era muy corto, por lo que una amplia difusión podría haber generado una alta demanda e insatisfacción de la población en general, sin embargo, esto afectó la fiabilidad y confianza del grupo focalizado.

Existe una Limitada respuesta a las alertas de los beneficiarios por Covid-19 generadas en la Plataforma Virtual del Midis, esto puede deberse a la débil articulación entre los operadores del programa y los actores sociales para responder en corto tiempo y logrará que la atención sea pertinente.

Otro aspecto que resalta es que los actores sociales observan mucha rigidez en los instrumentos de seguimiento y poca flexibilidad para lograr una mejor y adecuada descripción de la realidad de los adultos mayores. Esto sucedería debido a que los **Ítems generales en la ficha de seguimiento limitan un acercamiento a la realidad** socio-familiar del beneficiario.

Existe una débil e Insuficiente organización de las campañas contra el neumococo e influenza para los beneficiarios que podría atribuirse a los aspectos antes señalados del tiempo y la organización, pero que esencialmente responderían a la forma en que se viene gestionando el programa, centrado más en la actuación e intervención rápida que en la lógica de diagnóstico y promoción social.

5. Conclusiones

Los beneficiarios del programa Amachay fueron seleccionados en relación a lista del padrón nominal del Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH) y al padrón general de adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM) pertenecientes a cada municipalidad; la cual no cumplió con el propósito de una buena focalización debido a que los datos de los adultos mayores no estaban actualizados o tenían errores con respecto a direcciones y/o números de teléfono, dificultando la labor del actor social en poder contactar al beneficiario para poder brindar el paquete de servicios y hacer un constante seguimiento entablando una buena comunicación entre el actor y el beneficiario.

Cabe resaltar que el proceso de focalización no se consideró el nivel socioeconómico, considerando solo la vulnerabilidad con respecto a la morbilidad y comorbilidad, es decir, centrada en la situación de salud del adulto mayor. Esta metodología deja fuera a un gran número de personas pertenecientes a los PAM, que no han sido beneficiados y presentan mayor vulnerabilidad, por condiciones de pobreza y pobreza extrema, que se agravaron en el contexto del COVID 19.

En cuanto al actor social en el programa Amachay es necesario incluir nuevas estrategias formativas y de capacitación para reforzar su labor con la población adulta mayor, ya que, a través de estas implementaciones los actores sociales adquirirán conocimientos y capacidades que permitirán mejorar su seguimiento hacia los PAM, especialmente para afianzar la articulación con redes de apoyo y acciones de promoción social.

En cuanto a las políticas públicas encontramos que la población adulta mayor es necesario reorientarlas siguiendo la linealidad de las proyecciones a largo plazo observadas en el último censo, buscando que sean **más inclusivos y que** ofrezcan propuestas integrales para la población adulta mayor, respondiendo a la consideración de que sus problemáticas son multicausales, considerándolos como actores activos de la sociedad.

Ya que, encontramos que el proceso no incluye un mecanismo efectivo de participación en su diseño e implementación, pues las organizaciones de adultos mayores no fueron consultadas.

El diseño del programa Amachay se le encarga a un equipo técnico del MIDIS, sin que incluyan instancias de opinión donde participen delegados u organizaciones de PAM. Esta exclusión es determinante y afecta el diseño del programa, lo cual se evidencia en las quejas y a falsas expectativas generadas, además de reducir su rol a un actor uno pasivo/dependiente con una mirada asistencialista. La implementación en corto tiempo, el limitado presupuesto y los problemas relacionados con la focalización podría haber generado que la difusión del programa sea débil, lo que no ayudó a los actores sociales en el desarrollo de su labor, debido a que había mucha desconfianza en la población beneficiaria.

Las disfunciones ocurridas producto del proceso de envejecimiento no necesariamente están siendo abordadas en el marco de un proceso de desarrollo integral, sino que se estarían reduciendo a una “intervención” unidireccional basada en la prestación de un servicio informativo, pues no se ha encontrado evidencias que genere otros tipos de resultados efectivos en cuanto a la atención, derivación o articulación de servicios de manera efectiva, dado que la población focalizada ya se encuentra adscrita al seguro social y en muchos casos su situación socioeconómica es estable y no presentan condiciones de riesgo social.

Así en el sistema familiar, se encuentra un componente de circularidad que afecta a todos, por ello tomar en cuenta a un integrante de la familia sin concebir al resto en el desarrollo de la ejecución de un programa puede caer en una idea sesgada y superficial de la familia. En el programa Amachay, si bien no existe una mirada totalmente sistémica, sí hay ciertos componentes sistémicos que, en las llamadas y visitas domiciliarias realizadas por los actores sociales, permiten acceder a las historias de vida y a la perspectiva de la PAM.

La orientación general de la política pública de gestionarse con eficiencia a devenido en que todo gire en torno a la calidad y cantidad del gasto público, sin embargo, la incapacidad de lograr una mayor cantidad del ejercicio presupuestal aparece como la mayor preocupación. Esta perspectiva podría estar derivando en el desarrollo de iniciativas de política social donde el componente esencial de gestión y gasto radica en la contratación de personal. En el caso de Amachay como diseño de política social existen aún muchas incongruencias en cuanto a la gestión y calidad de los resultados, por lo que valdría la pena analizar este programa en función de la calidad de gasto.

En la perspectiva del construccionismo social es necesario introducir modificaciones en torno a las condiciones socialmente construidas que han generados grandes desigualdades entre adultos mayores y que de ello derivan la mayor parte de sus problemáticas, dado el poco acceso a seguridad social de calidad, ingresos suficientes, etc.

En ese sentido las acciones de seguimiento deberían estar articuladas a otras acciones que busquen una modificación sustancial de las condiciones sociales que derivaron del diseño de esta política social. Por otro lado, en esta intervención, a pesar de que sus acciones fueron eminentemente virtuales, no se consideró una acción sin daño, al ser un diseño de laboratorio se dejó de lado las demandas y expectativas de la población, lo cual generó diversas reacciones, una de las más saltantes fue la desconfianza y rechazo al programa de un gran número de beneficiarios, lo que puede haber sido reforzado por el contexto creciente de inseguridad ciudadana y el contexto de riesgo por la pandemia.

El programa ha mostrado una tendencia a incorporar como beneficiarios a personas adultas mayores con acceso a la seguridad social, lo cual indica que cuentan con pensión vitalicia, quitándole espacio a quienes no tienen acceso a seguridad social pensión y que en ese sentido tendrían mayor grado de vulnerabilidad. Así mismo, se observa una notoria diferencia en la conformación de beneficiarios entre las municipalidades del presente estudio, respecto de su condición socioeconómica, lo cual nos invita a revisar como se están diseñando los procesos de focalización que consideren nuevas variables como condición socioeconómica, redes de soporte familiar directa e indirecta; tipo de seguro de salud u otras formas de acceso a servicios de salud que les sean accesibles a través de familiares, amistades, instituciones religiosas, etc.; Aspectos socioculturales y cognoscitivos, entre otros.

Los logros identificados por los actores sociales están principalmente centrados en el vínculo establecido con las y los adultos mayores y la satisfacción de ayudarlos, sin embargo, se observan logros relativos a un conjunto de aprendizajes profesionales para gestionar, coordinar y otros más técnicos e instrumentales para el proceso de atención y seguimiento. En ese sentido, la participación de estudiantes de Trabajo social en el rol de actores sociales del programa puede ser favorable para fortalecer vocaciones en torno al trabajo con población adulta mayor.

Bibliografía

- Angulo, Miguel; Ramos, Gabriela y otros. (2020) Personas Mayores en los medios digitales peruanos durante la pandemia por Covid-19. Revista Kairós-Gerontología, 23(Número Temático Especial 28).
- Birren, J. E. (1996). *La Historia de la Gerontología*. (Revisado ed., Vol. 1). Enciclopedia de psicología.
- Díaz, A. (2011). *Estudios de Población y enfoques de Gerontología Social en México Papeles de Población*, pp. 49-79. Universidad Autónoma del Estado de México Toluca, México, recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/112/11221584004.pdf>

- Espinal, I.; Gimeno, A., y González, F. (s.f.). *El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia*, Universidad Autónoma de Santo Domingo, recuperado de: <https://www.uv.es/jugar2/Enfoque%20Sistemico.pdf>
- Fernández Ballesteros, Rocío. Gerontología Social, ediciones Piramide. España, 2000.
- Mesonero, A., Fernández, C., y González, P. (2006). *Familia y envejecimiento. Disfunciones y programas psicoterapéuticos*. International Journal of Developmental and Educational Psychology, pp. 275-288. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3498/349832312023>
- Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables. (2013). Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2013 - 2017. Lima, recuperado de: <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/planpam3.pdf>
- Ministerio de Economía y Finanzas. (2016a). *Gestión Territorial*. <https://www.mef.gob.pe/es/inversion-publica-sp-21787/184-instrumentos-metodologicos/4386-gestion-territorial>
- Strejlevich, L. (2004) *Gerontología social*. Dunken: Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.portaldesalta.gov.ar/libros/GERONTOLOGIA.pdf>
- INEI 2017. XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas.
- Vela, Margarita y otros (2011) Acción sin daño como aporte a la construcción de paz.