



**FACULTAD DE ARQUITECTURA Y URBANISMO**

**CENTRO DE BIENESTAR - ADULTO MAYOR  
EN EL DISTRITO DE SURCO**

**Tesis para optar el Título Profesional de Arquitecta**

**AUTOR (A)**

**Bach. Diana del Rosario Adrianzén Cano**

**ASESOR (A)**

**Arq. Manuel E. Zavala Barreda**

**JURADO**

Mg. Caro Zaldívar, Raquel Rosario

Arq. Liliana Clarisa Delgado Dupont

Arq. Humberto Manuel Castro Revilla

**LIMA – PERÚ**

**2019**

## Resumen

Los notorios cambios demográficos, que se están presentando en la actualidad, indica que el porcentaje de la población adulta mayor está en crecimiento, evidenciando el progresivo incremento de la esperanza de vida, así también la tasa de natalidad ha disminuido, por ello, motiva a contemplar una línea de trabajo que permita superar los nuevos retos y necesidades a nivel social, cultural y económico, etc.

Sin embargo, uno de los problemas existentes son los preconceptos negativos que aún rige en la sociedad, donde a las PAM, es considerada como carga o personas devaluadas, cuando en realidad solo necesitan estímulo y atención.

Por esa razón es importante tomar conciencia de que No solo debemos enfocarnos en gestionar infraestructuras que brindan servicios médicos y terapias, sino también preocuparnos en crear centros que den estabilidad emocional y su integración normal dentro de la sociedad y poder seguir realizándose.

Entonces, el objetivo de esta investigación descriptiva y aplicada, es proponer el diseño de una infraestructura que permita contrarrestar los problemas y deterioros que afloran en el envejecimiento, mediante actividades, que promuevan su desarrollo y calidad de vida, con un envejecimiento activo y saludable.

Por tanto, según lo investigado se está aplicando en una propuesta arquitectónica **Centro de Bienestar para el Adulto Mayor**, es en el distrito de Santiago de Surco, ya que los factores espaciales de confort y accesibilidad son favorables e influyen en el sentimiento de bienestar, evitando las sensaciones de alejamiento de su contexto urbano, proponiendo espacios verdes, plazuelas que promuevan las actividades recreativas, relajantes, culturales con influencia positiva, propiciando socializar y compartir experiencias integrados a su entorno, ya que todos queremos vivir muchos años, pero lo importante es que sea con dignidad, libres de dependencia y enfermedades con tratamientos invasivos.

### ***Palabra clave***

Centro de bienestar Adulto Mayor

## ABSTRACT

The notorious demographic changes, which are currently occurring, indicate that the percentage of the elderly population is growing, evidencing the progressive increase in life expectancy, as well as the birth rate has decreased, therefore, motivates contemplate a line of work that allows overcoming new challenges and needs at social, cultural and economic levels, etc.

However, one of the existing problems is the negative preconceptions that still exist in society, where to the PAMs, it is considered as a burden or devalued people, when in fact they only need stimulation and attention.

For that reason it is important to be aware that we should not only focus on managing infrastructure that provides medical services and therapies, but also worry about creating centers that give emotional stability. and its normal integration within society and to continue performing

So, the objective of this descriptive and application research is to propose the design of an infrastructure that allows to counteract the problems and deteriorations that arise in aging, through activities that promote its development and quality of life, with an active and healthy aging.

Therefore, as investigated it is being applied in an architectural proposal **Wellness Center for the Elderly**, it is in the district of Santiago de Surco, since the spatial factors of comfort and accessibility are favorable and influence the feeling of well-being, avoiding the feelings of moving away from its urban context, proposing green spaces, squares that promote recreational, relaxing, cultural activities with positive influence, promoting socializing and sharing experiences integrated to their environment, since we all want to live many years, but the important thing is that be with dignity, free of dependence and diseases with invasive treatments

### Keywords:

Wellness Center Senior Adult

Dedicatoria:

Esta investigación está dedicada a mi Madre por sus constantes exigencias y a la memoria de mi Padre Félix Adrianzen Ramírez, quien estaba orgulloso de mi crecimiento profesional y ahora es un ángel que guía mi camino, así también a mi pequeña hija Flavia Camila quien es mi motivo y fuerza para seguir mejorando.

Agradecimiento:

Agradezco a mis hermanos, profesores y amigos, quienes aportaron con su tiempo y asesoría en la elaboración de mi tesis, así también por su paciencia y consejos.

## ÍNDICE

<b>I. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>11</b>
1.1. Descripción y formulación del problema .....	13
1.2. Antecedentes.....	14
1.3. Objetivos.....	17
- Objetivo general .....	17
- Objetivo específico.....	18
1.4. Justificación .....	18
<b>II. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>20</b>
2.1. Bases teóricas de la investigación.....	20
<b>III. MÉTODO.....</b>	<b>69</b>
3.1. Tipos de investigación .....	69
3.2. Ámbito temporal y espacial .....	69
3.3. Variables .....	70
3.4. Población y muestra.....	71
3.6. Procedimientos.....	79
3.7. Análisis de datos .....	81
<b>IV.RESULTADOS .....</b>	<b>91</b>
<b>V.DISCUSION DE RESULTADOS.....</b>	<b>113</b>
<b>VI. CONCLUSIONES .....</b>	<b>118</b>
<b>VII. RECOMENDACIONES .....</b>	<b>120</b>
<b>VIII. REFERENCIAS .....</b>	<b>121</b>
<b>IX. ANEXOS .....</b>	<b>125</b>

## Índice de Cuadros

Cuadro N° 1. Peru 2019: Estructura Socioeconómica de la población según departamento (Urbano + Rural).....	72
Cuadro N° 2. Lima Metropolitana 2019: Población y hogares según distritos .....	72
Cuadro N° 3. Perú 2019: Población por segmentos de edad según departamentos...	73
Cuadro N° 4. Lima Metropolitana 2019: Hogares y Población por sexo y segmentos de edad según nivel socioeconómico.....	75
Cuadro N° 5. Lima Metropolitana 2019: Estructura Socioeconómica de la población por zonas geográficas. ....	75
Cuadro N° 6. Lima Metropolitana 2019: APEIM estructura socioeconómica de la población por zonas geográficas.....	76
<i>Cuadro N° 7. Lima Metropolitana 2019: Población por sexo y segmentos de edad</i>	77
Cuadro N° 8. Análisis de las Tipologías de Centros de Atención para el Adulto Mayor .....	86
Cuadro N° 9. Análisis de los Tipos de Establecimientos para Adultos Mayores en Lima Metropolitana.....	88
Cuadro N° 10. Cantidad de Población Adulta Mayor por distritos en zona del Mercado potencial.....	90
Cuadro N° 11. Cuadro de áreas .....	110

## Índice de Figuras

Figura 1. Distribución de la población de los CAM por grupo etáreo.....	28
Figura 2. Centro del Adulto Mayor: Cam San Isidro Lima .....	29
<i>Figura 3. Situación de la Población Adulta Mayor</i> .....	47
Figura 4. Adultos mayores con trabajo y seguro de salud .....	54

<i>Figura 5. Lima Metropolitana 2019: Población por segmentos de edad</i> .....	77
<i>Figura 6. Lima Metropolitana 2019: Población según nivel socioeconómico.</i> .....	77
Figura 7. Esquema metodológico general.....	79
Figura 8. Esquema metodológico de la propuesta	Fuente: Elaboración
propia .....	79
Figura 9. Distrito de Santiago de Surco .....	92
Figura 10. Ubicación del terreno .....	93
Figura 11. Mapa de la tipología de suelos de Lima (CISMID) .....	94
Figura 12. Terreno del proyecto en Santiago de Surco.....	96
Figura 13. Zonificación del Proyecto .....	96
Figura 14. Estado actual del sitio.....	97
Figura 15. Resumen clima en Santiago de Surco .....	98
Figura 16. Cielo nublado, sol y días de precipitación.....	98
Figura 17. Temperaturas máximas.....	99
Figura 18. Cantidad de precipitación.....	99
Figura 19. Panel fotográfico, alrededores .....	100
Figura 20. Jr. Jirón Luis Dextre Echáis .....	101
Figura 21. Vista del terreno Jr. Jirón Luis Dextre Echáis.....	101
Figura 22. Vista desde la calle Sgto. Mayor Daniel Mendoza Martínez .....	102
Figura 23. Vista desde la calle Teniente Coronel Melchor Frisancho.....	102
Figura 24 Zonificación primer nivel .....	106
Figura 25 Zonificación segundo nivel .....	106
Figura 26 Zonificación tercer nivel .....	107
Figura 27 Zonificación cuarto nivel.....	107
Figura 28. Recepción .....	108

Figura 29. Zona talleres .....	108
Figura 30. Zonas comunes .....	108
Figura 31. Zona salud .....	109
Figura 32. Zona Privada.....	109
Figura 33. Zona Servicios .....	109
Figura 34. Plano de ubicación.....	112
Figura 35. Plano de ubicación.....	118
Figura 36. Planta general .....	125
Figura 37. 3D del proyecto completo .....	126
Figura 38. Vista desde la calle .....	126
Figura 39. Centro integral residencial para el adulto mayor, la Serena, 4ta edición	127
Figura 40. Vista desde la calle .....	128
Figura 41. Vista de la residencia en Pachacamac - Arcadia .....	129
Figura 42. Vista de la residencia en Pachacamac - Arcadia .....	129
Figura 43. Vista de la residencia en Pachacamac - Arcadia .....	133
Figura 44. Concepción espacial .....	134
Figura 45. Planta general .....	134
Figura 46. Vista interior sala de estar .....	135
Figura 47. Vista fachada lateral .....	135

## **Centro de Bienestar - Adulto mayor**

### **En el distrito de Surco**



## I. INTRODUCCIÓN

Este tema surge como respuesta a la búsqueda del ser humano de permanecer en actividad, ser útil, productivo para sí mismo y para su entorno, surge de hacer realidad los anhelos, aspiraciones y hacer todo lo posible para lograrlo, dando sentido el estar vivo.

La vida tiene obstáculos y a su vez soluciones y la mayor recompensa es la experiencia, la capacidad de tomar decisiones, diferenciar lo bueno y lo malo, lo cual te hace sentir independiente y seguro. Todo ello, nos motiva, nos mantiene en funcionamiento y está presente desde que nacemos hasta que morimos.

El mantenernos en actividad en cada etapa de la vida, desde niño, jóvenes, adultos y cuando envejecemos es muy necesario.

De aquí parte el tema, del envejecimiento, en el que ya se está cambiando el pensamiento de que en la vejez se pierde facultades para desarrollarse, cuando realmente solo necesitan estímulo (Giró Miranda, 2004).

Actualmente la población de adultos mayores va en aumento en el mundo entero (Organización Mundial de Salud) y solo se enfocan en construir infraestructuras que cuente con los servicios médicos de tratamientos y terapias, pero es muy poca la preocupación de crear centros que les dé una estabilidad emocional y su integración normal dentro de la sociedad y poder seguir realizándose sin sentir esa angustia y preocupación que causa el envejecer.

El adulto mayor tiene un mundo de experiencias, que debe ser compartido y actualizado constantemente y con la adecuada asesoría deben ser utilizadas como herramientas de trabajo, producción, ya que es la etapa que se tiene mayor libertad para realizar o practicar actividades que se dejaban de lado por el trabajo, pero el hecho de tener más tiempo, no implica aburrirse, pues es el momento de seguir aprendiendo y

sentirse que fortalecen la independencia, su capacidad de decisión, su desarrollo personal y comunitario de las personas adultas mayores.

Por tanto, se plantea un centro de bienestar para el adulto mayor, puesto que nuestro país carece de la infraestructura ideal y la demanda cada vez es mayor y más exigente.

Con este tipo de proyectos se busca acoplar otras actividades complementarias, que permitan aprovechar al máximo esta etapa tan importante y larga de la vida.

Por las razones expuestas y puntualizando las necesidades y expectativas del usuario, la creación de este tipo de establecimiento, será su éxito en todos los aspectos.

## 1.1. Descripción y formulación del problema

### 1.1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En nuestra sociedad en general, y aun en estos tiempos, existen los prejuicios negativos y discriminatorios de que el adulto mayor, es sinónimo de carga, negándole el derecho de tener una vejez digna y saludable.

*“Recién en la última década, el Perú ha comenzado a comprender el rol e importancia que tiene el adulto mayor en nuestra sociedad, se perciben nuevos criterios que apuntan al manejo de políticas y programas de actividades que involucren al adulto mayor y se sientan reconocidos por una sociedad de la que ellos fueron partes útiles” (Manrique de Lara, 2004).*

Así también la idea equivocada de por ser anciano debe estar descansando, se está cambiando, ya que envejecer es parte del proceso natural de la vida, y el envejecimiento exitoso es un envejecimiento activo, productivo, saludable.

Se debe cambiar el concepto de temor, de que cuando se les habla de un espacio destinado para ancianos, suelen asociarlo a instituciones de abandono, encierro y muerte civil, por ello se requiere dar importancia a la demanda de cubrir las necesidades de consumo, recreación y esparcimiento para el adulto mayor.

Se prevé para las próximas décadas que uno de cada 3 pertenecerá a este segmento y necesitará la preparación y ayuda de otras personas para llevar una vida normal., según datos estadísticos del INEI, la población de adultos mayores tiende a aumentar de 7.55% a 12.5% es decir aumentara en 4,85% más para el 2025.

Por lo tanto, se evidencia un progresivo incremento de la esperanza de vida. Entonces, centrándonos en el presente y mirando hacia un futuro, es importante contemplar una línea de trabajo que permita superar los nuevos retos y proyecciones, tanto en los aspectos de salud, sociales, políticos, económicos, culturales, etc.( Que engloba al adulto mayor) proporcionando de esa forma los medios necesarios para que el envejecimiento de las personas lo hagan en condiciones óptimas, potenciando el

envejecimiento activo y propiciando oportunidades de ingresos e integrados plenamente a su entorno.

Actualmente existen centros de adulto mayor que funcionan como centros culturales de entretenimiento y distracción temporal o centros de atención médica, los cuales no atienden de manera múltiple el requerimiento, que este tipo de población necesita.

### 1.1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

En ese sentido nos hacemos la siguiente interrogante **¿Cómo contrarrestar los problemas que afloran en la etapa del envejecimiento contemplando una temática múltiple que combine residencia, recreación, actividades culturales y sociales aplicados en un proyecto arquitectónico?**

## 1.2. Antecedentes

Como antecedente se tomaron cuatro trabajos de investigación anteriores:

### **Trabajo de Investigación 01:**

Tema: “CENTRO DE DESARROLLO Y ASISTENCIA PARA EL ADULTO MAYOR”

Autores: Karen Ramírez-Gastón Marques- Barbosa – UPC

Año: 2003

Síntesis del trabajo de Investigación: Este tema consistió como objetivo principal el de *“Elaborar un proyecto destinado a fomentar la estabilidad, el desarrollo personal, físico e intelectual del adulto mayor, donde se brindarán servicios no solo de recreación y habitación, sino también de asistencia geriátrica básica, educación y actividades que le permitan integrarse mejor a su comunidad.”*

Según los autores estos objetivos se lograrían a través de otros objetivos como son:

- Brindar hospedaje
- Brindar espacios donde pueda seguir desempeñando sus habilidades adquiridas
- Darle la oportunidad de desarrollarse en alguna actividad

- Tener una infraestructura adecuada donde pueda seguir haciendo labores de consultorías
- Proporcionarles servicios médicos básicas para las personas de la tercera edad
- Dar información a la sociedad de los centros de adulto mayor
- Concientizar a la sociedad que el adulto mayor con la experiencia adquirida puede aportar conocimientos.
- Concientizar a la sociedad en general que el adulto mayor puede producir y por lo cual requiere actividad física y mental.

En la investigación se pone como principal problemática el tema de la salud (alzheimer, pérdida de la visión, audición, etc.) y la economía del adulto mayor planteando que los ingresos por tema de pensión, no son suficientes, para llevar una buena calidad de vida.

Y concluye creando un proyecto arquitectónico que está enfocado básicamente al *“aspecto educativo y de actualización de la persona mayor, además de un sistema de oportunidades para ellos.”*

### **Trabajo de Investigación 02:**

Tema: “COMPLEJO DE SALUD-RECREACIÓN Y RESIDENCIA PARA EL ADULTO MAYOR EN ANCÓN” - USMP

Autor: Ítalo Junnior Arriarán Juscamaita

Año: 2014

Síntesis del trabajo de Investigación:

Este tema tuvo como objetivo general el *“diseño de un equipamiento urbano en el distrito de Ancón, basado en la identificación de las necesidades técnicas, espaciales y sociales de dicha localidad como parte de un master plan.”*

Según explica el autor su método se basó en recabar información en campo con la población del distrito donde se eligió el terreno, luego lo cual se concluyó que se requería de un plan maestro que satisfaga requerimientos de salud, recreación y residencia, lo cual dio pie a elaborar un plan maestro que satisfaga dichas necesidades. Por ello se optó por diseñar un complejo de salud-recreación y residencia para el adulto mayor que mejore la prevención de la salud.

Luego se buscaron y desarrollaron los requerimientos de espacio y funcionabilidad de acuerdo a las normativas existentes del complejo de salud-recreación y residencia posteriormente se profundizo en temas técnicos y constructivos.

El tema concluye que el proyecto responderá a satisfacer las necesidades de la población local y asimismo dar un mejor uso del terreno, privilegiando la ubicación estratégica de confort ya que está ubicado en un contexto natural y arqueológico, logrando hacer una transición entre ambos contextos y mejorando la identidad con el lugar.

Como contribución final estaría en mejorar la situación económica, social y espacial del distrito de Ancón.

### **Trabajo de Investigación 03:**

Tema: “RESIDENCIA Y CENTRO DE DÍA PARA ADULTOS MAYORES”

– Universidad de Lima

Autora: Claudia Alejandra Sánchez Grados - Perú

Año: 2016

Síntesis del trabajo de Investigación:

Este tema tuvo como objetivo general el “*Intervenir en el Hogar Geriátrico San Vicente de Paul para rescatar y resaltar la arquitectura antigua de manera correcta, proyectando una residencia para adultos mayores en el terreno de ampliación y dejando a los pabellones antiguos como ambientes para la realización de actividades culturales; complementando, además, con un centro de día para la atención de los residentes y personas externas.*”

La principal problemática según la investigación realizada es que hay un buen porcentaje de personas de la tercera edad que no son tomados en cuenta en los diferentes programas sociales, económicos, de salud, etc, lo cual permitiría lograr tener calidad de vida.

El proyecto consistió en la intervención del Hogar Geriátrico San Vicente de Paul ubicado en el distrito de Barrios Altos en la cual se proyectó una Residencia y Centro de Día para Adultos Mayores, lo cual tiene como objetivos secundarios la recuperación de sus ambientes y el restablecimiento de sus funciones.

### **Trabajo de Investigación 04:**

Tema: “CENTRO INTEGRAL PARA EL ADULTO MAYOR”

Autor: Cristián Ruiz Rudolph - Universidad de Chile

Año: 2006

Síntesis del trabajo de Investigación:

Este tema tuvo como objetivo general el “Desarrollar un proyecto arquitectónico que permita acoger un envejecimiento saludable y autovalente, que retrase los procesos de deterioro, con el fin de mantener y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.”

El tema principal de la investigación es el envejecimiento en los cuales se profundiza en los cambios generados en el cuerpo, tanto físicos y mentales y las consecuencias sociales y psicológicas de las personas de la tercera edad.

El proyecto consistió en un centro integral para el adulto mayor que articule las distintas actividades y rutinas que se realizan dentro del hogar durante el día, es decir, entre el reposo total (dormir) y los otros quehaceres (comer, aprender, trabajar).

#### **1.3. Objetivos**

- Objetivo general

Satisfacer mediante una infraestructura, la carencia espacial y de servicio, proponiendo un proyecto Arquitectónico en la ciudad de Lima, destinado a fomentar las condiciones óptimas de Bienestar del adulto Mayor, potenciando el envejecimiento activo, productivo y saludable, por ende, un envejecimiento con calidad de vida.

- Objetivo específico

- Aportar con una propuesta arquitectónica que cumplan con los parámetros normativos, confort, cuidado y recreación para el adulto mayor.
- Contemplar ambientes motivantes para la PAM y su desarrollo personal, social, intelectual, físico, ofreciendo Residencia y esparcimiento, así también que brinde atención profesional de salud preventiva, identificando los tratamientos y terapias personalizadas, con el fin de lograr un envejecimiento exitoso.
- Proponer distintas actividades culturales, artísticas, deportivas, recreativas de estímulo, logrando una interacción del adulto mayor a través de los espacios del proyecto y las diferentes actividades que incide en mejorar su calidad de vida, mediante envejecimiento saludable y activo.
- Proponer un diseño distinto a los centros geriátricos convencionales ofreciendo ambientes acogedores, armoniosos, con programas y actividades que permitan la posibilidad de descubrir habilidades que se encontraban ocultas en cada P.A.M , motivando a seguir desarrollándose , interactuando con otras personas de su edad e intercambiando experiencias, sintiéndose útil y productivo.

#### **1.4. Justificación**

Por la dinámica laboral o por la ausencia de los familiares que les impide estar pendiente de sus parientes mayores, ven como una alternativa estos lugares donde los preparan, concientizan, brindando cultura sobre el envejecimiento activo, mediante chequeos preventivos, tratamientos, charlas, talleres, terapias ocupacionales y físicas, logrando el bienestar de la PAM y su calidad de vida durante dicha etapa.

Para que los adultos mayores tengan un lugar adecuado para transcurrir sus días productivamente, con la tranquilidad y los cuidados profesionales, socializando con otras personas de su generación y donde el servicio brindado, se traducirá en su BIENESTAR.

Dar la opción de que, por su propia voluntad, muchos adultos mayores solitarios y a su vez exitosos en su acumulación de años, se inscriban en estos lugares o paguen una membresía para tener acceso a un lugar seguro, promotor de actividades motivadoras, con las condiciones y atenciones profesionales para seguir su desarrollo en los diferentes ámbitos, ofreciendo la estancia temporal o el alojamiento permanente, en confort y armonía.

#### **1.4.1. Motivación**

La motivación primordial es porque el envejecimiento es parte del ciclo natural de la vida y según las proyecciones futuras la esperanza de vida va en aumento por lo tanto debemos tomar conciencia y compromiso con esta etapa de la vida, siendo tan importante para el ser humano llevarlo con dignidad y tener alternativas de atención y en un medio que sigan elevando el nivel de vida, contribuyendo a su desarrollo, sin discriminación por los prejuicios de la edad, que les permite disfrutar del amor, de la compañía de amigos, disfrutar de actividades recreativas, creativas de tal forma que conlleve a sentirse en plenitud en esa etapa tan delicada para el ser humano.

Por tal motivo es necesaria la presencia de Centros de atención que responda a las necesidades actuales del adulto mayor, promoviendo su calidad de vida, que contemplen salud, motivación del usuario a valerse por sí mismos, tener una vida activa físicamente, intelectualmente y emocionalmente, siendo uno de los anhelos primordiales en esa etapa de la vida.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Bases teóricas de la investigación

#### 2.1.1 Marco conceptual

El tema que se pretende desarrollar busca determinar y contribuir a que los individuos que forman parte de esta población Adulta mayor (P.A.M.) puedan ser atendidos en centros especializados e implementados que permitan proponer soluciones a sus requerimientos propias de su edad.

Para lo cual se plantea que la atención del adulto mayor de la tercera y cuarta edad no solo requiera de su determinación cronológica, sino también del conocimiento de sus necesidades, actividades, aspiraciones y experiencias que permitan tener una buena calidad de vida.

##### 2.1.1.1. Conceptos y Definiciones

En los estudios del ADULTO MAYOR, para una mejor comprensión se emplean los siguientes términos:

- **GERONTOLOGIA:** Es la ciencia que estudia el envejecimiento, la vejez y las personas ancianas desde un punto de vista multidisciplinario y en todos sus contextos, implicando ciencias de la salud, sociales y psicológicas (Martínez, Mitchell and Aguirre, s.f.).

Los objetivos principales de la gerontología son no sólo aumentar los años de vida, la longevidad, sino añadir vida a los años, aumentando la calidad de vida de los adultos mayores. Es un término que se utilizó por primera vez en 1901, por el Dr. KORENCHEVERESKY, significa el estudio de los fenómenos de la vejez normal (Martínez, Mitchell and Aguirre, s.f.).

La Gerontología está dividida en:

- **GERONTOLOGIA PREVENTIVA O GEROCULTURA.** - trata de la prevención de las enfermedades de la vejez mediante la educación Gerontología preventiva o (Gerocultura, senecticultura, gerofilaxis): Es la ciencia y el arte de cuidar a los ancianos o a los que van a serlo, con el objetivo de conseguir una sana y feliz vejez.
- **GERONTOLOGIA CLINICA O GERIATRIA.** - trata del estudio clínico de las enfermedades de la vejez
- **GERONTOLOGIA SOCIAL.** - trata del estudio clínico de los aspectos demográficos y culturales de la vejez.
- **GERONTOLOGIA EXPERIMENTAL.** - trata sobre las investigaciones biológicas aplicadas en la Gerontología (Martínez, Mitchell and Aguirre, s.f.).
- **ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA,** es la rama de la profesión que se especializa en el cuidado de los ancianos, valoración del estado de salud funcional, planificación e implementación de cuidados del anciano, Además han surgido especializaciones en PSICOLOGIA GERIATRICA, DERMATOLOGIA Y ODONTOLOGIA GERIATRICA (Martínez, Mitchell and Aguirre, s.f.).
- **GERIATRIA:** Geriatria se encarga del estudio terapéutico, clínico, social y preventivo de la salud y enfermedad de los ancianos. Con especial énfasis en la promoción, prevención, atención, rehabilitación y reinserción dentro de la comunidad. se reconoce como especialidad en 1948 (Martínez, Mitchell and Aguirre, s.f.).

Inventado por NASHER en 1909, que significa el estudio de las enfermedades de la vejez y sus tratamientos. También el DR.JIMENEZ HERRRO, Catedrático de la universidad de Salamanca y Barcelona en ESPAÑA, ha

definido a la GERIATRIA, como la medicina del envejecimiento y la GERONTOLOGIA, como los conocimientos de la vejez que salen del clínico y de los temas de la salud. Quien ha elaborado un equipo interdisciplinario y varios tomos titulados “SERIES GERONTOLOGICAS” dirigidos a profesionales y público en General (Martínez, Mitchell and Aguirre, s.f.).

- **BIOGERONTOLOGIA:** Ciencia que estudia el ¿cómo? y el ¿por qué? Del envejecimiento de los seres vivos (Martínez, Mitchell and Aguirre, s.f.).
- **EL ENVEJECIMIENTO:** Es el proceso que desarrolla un organismo viviente con el paso del tiempo que acompaña a la evolución en dirección contraria, por lo que se llama proceso involutivo. Es un conjunto de modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales y bioquímicas que el paso del tiempo origina sobre los seres vivos (Martinez, Mitchell and Aguirre, s.f.).

#### ***EDADES DE LA PERSONA:***

- Edad Cronológica: En función al tiempo transcurrido desde su nacimiento hasta la muerte. Ya que la vida humana evoluciona e involuciona y se desarrollan simultáneamente durante 100 a 120 años de vida, pero se toma como base los 100 años, los cuales actualmente se dividen en 4 edades, de aproximadamente 25 años cada una (Martínez, Mitchell and Aguirre, s.f.).
  - 1º Edad. - La Formativa; desde el nacimiento hasta los 25.
  - 2º Edad. -La Productiva o Adulter, que se extiende desde los 26 a los 50.
  - 3º Edad. -La Productiva de la vejez. - se extiende desde los 51 a los 75.
  - 4º Edad. -vejez o dependencia, que se extiende desde los 76 hasta los 100 a más años (Martinez, Mitchell and Aguirre, s.f.).
- *Edad Biológica:* Función del estado real de sus órganos y sistemas.

- *Edad Funcional: Capacidad del individuo para desenvolverse en el medio social comunitario.*
- **TERCERA EDAD.** - característica general, es la involución dominante, durante esta etapa continúa con la productividad, pero comienzan una serie de circunstancias sociales y biológicas que envuelven este proceso de adaptación involutivo que se manifiesta en lo físico, pero puede ser neutralizada por los conocimientos y la experiencia adquirida en la segunda edad. Por ello puede ser:

Óptimamente en su etapa dinámica temprana (51 – 60 años), brillante en su etapa dinámica activa entre los (61 - 70 años) y sorprendente durante la vejez dinámica hábil (71-85 años) donde se dan los frutos intelectuales artísticos que contrarrestan el deterioro corporal en plena cuarta edad (Martínez, Mitchell and Aguirre, s.f.).

- **CUARTA EDAD.** -Involución máxima y evolución mínima, lo que tipifica la cuarta edad es la dependencia, bueno un grupo sustancial en esta etapa es dependiente, por otra parte, muchas personas de 75 años pueden mostrarse muy independientes en la tercera edad.

La asamblea general sobre el envejecimiento y la oficina panamericana de la salud han establecido los 60 como la edad límite inferior de la etapa del envejecimiento o como inicio de la tercera edad en AMERICA LATINA (Martínez, Mitchell and Aguirre, s.f.).

Según los estudios del Dr. Mena en su libro GEROCULTURA, La educación debe darse desde la vejez temprana (51-60 años) para vivir

una vejez más sana y productiva, Así mismo esta cronología indica puntos de referencia aproximados, donde establece 10 años entre las edades mencionadas, donde el proceso involutivo de cada ser humano se define por su genética, sexo causas sociales prevención de enfermedades, estilo de vida, rehabilitación, curaciones (Martínez, Mitchell and Aguirre, s.f.).

## **2.1.2 Marco Referencial**

### **2.1.2.1. Tipologías De Centros De Atención Para El Adulto Mayor**

Existen muchos tipos de centros dedicados a la atención del adulto mayor, donde no solo se les brinde asistencia médica sino también un hogar para vivir y recibir terapias ocupacionales, apoyo, protección en todo sentido (Martínez, Mitchell and Aguirre, s.f.).

Por tanto, de acuerdo a los servicios que se brindan, podemos clasificarlos de la siguiente manera:

**ALBERGUES.** -instituciones que brindan hospedaje a personas mayores totalmente independientes, además dan atención médica y de sepelio (Martínez, Mitchell and Aguirre, s.f.).

**ASILOS.** -dirigido al adulto mayor desamparado, se da servicio de alojamiento, alimentación, atención médica especializada, medicamentos, terapias recreativas y ocupacionales, la mayoría son de carácter tanto privado como del estado (Martínez, Mitchell and Aguirre, s.f.).

**CASA DE REPOSO.** -Este tipo de instituciones alberga a las personas mayores con enfermedades crónicas, la atención médica que se da en estos centros es especializada (Martínez, Mitchell and Aguirre, s.f.).

**CENTROS DE DIA PARA LA TERCERA EDAD.** - En estos centros se dan actividades culturales, recreativas, terapéuticas, etc., donde acogen a las personas mayores durante el día (Martínez, Mitchell and Aguirre, s.f.).

**CLINICAS U HOSPITAL GERIATRICO.** - Brinda los servicios comunes de hospital general, pero con áreas especializadas en la atención al adulto mayor (Martínez, Mitchell and Aguirre, s.f.).

**CLINICA U HOSPITAL DE DIA.** - brinda atención regular a pacientes mayores que no requieren hospitalización, entre los servicios que dan incluye rehabilitación, actividades terapéuticas, recreativas, y asistencia social, psicológica y solamente atiende durante el día (Martínez, Mitchell and Aguirre, s.f.).

**CLUB DEL ADULTO MAYOR.** -en estos centros se fomenta la convivencia entre adultos mayores que pertenecen a una determinada población o grupo social, este tipo de instituciones busca mejorar la calidad de vida de los ancianos, brindando información, asistencia, donde promueven la participación Real y efectiva de los socios (Martínez, Mitchell and Aguirre, s.f.).

**HOGARES.** - Estas instituciones brindan servicio completo, es decir alojamiento, alimentación, asistencia médica, ayuda espiritual, servicio de sepelio. Está dirigido a personas que todavía pueden valerse por sí mismos al momento de ingresar. Son instituciones privadas (Martínez, Mitchell and Aguirre, s.f.).

**HOSPICIOS.** - Estas instituciones están dirigidas a personas enfermas, inválidas, débiles mentales, o adultos mayores con trastorno de carácter o de conducta (Martínez, Mitchell and Aguirre, s.f.).

Existen otros tipos de centros, los cuales no se dan en el Perú, por el poco desarrollo que existe en la atención dirigida a personas mayores (Martínez, Mitchell and Aguirre, s.f.).

**APARTAMENTOS ASISTIDOS.** - Son apartamentos tipo bungalow que cuentan con diferentes ambientes como sala kitchenette baño dormitorio, se encuentra dentro de un conjunto o condominio, donde el adulto mayor se desenvuelve independientemente, pero siempre bajo la supervisión de especialistas, que se encuentran trabajando dentro del condominio (Martínez, Mitchell and Aguirre, s.f.).

**COMPLEJO HABITACIONAL PARA MAYORES.** - Son instituciones que cuentan con diferentes tipos de habitaciones según el requerimiento de cada persona, también cuentan con servicios recreativos, alimentación, atención médica (Martínez, Mitchell and Aguirre, s.f.).

**HOTEL PARA LA TERCERA EDAD.** - Son hoteles propiamente dichos para la tercera edad que cuentan con la infraestructura necesaria y servicios para albergar a personas mayores y cuentan con personal especializado (Martínez, Mitchell and Aguirre, s.f.).

**CASA DE RETIRO.** - Hay que recalcar que una casa de retiro también es conocida como estancia, residencia y puede ser pública, social o privada (Martínez, Mitchell and Aguirre, s.f.).

Cuenta con todas las condicionantes necesarias para el cuidado del adulto mayor. Pero según lo investigado, muchas casas hogares para el adulto mayor son solo acondicionamientos, mas no espacios adecuados para esta etapa tan importante de la vida. Así también muchas personas mayores son sanas y por el trajín del trabajo no han tenido familia por lo que llegan solteras a esta etapa, ya que durante su juventud se han dedicado

a su desarrollo profesional y laboral, por lo que la idea es contar con lugares donde puedan sociabilizar con personas de su misma edad y compartir sus experiencias y seguir desarrollándose en todos los aspectos anhelados (Martínez, Mitchell and Aguirre, s.f.).

### **2.1.2.2. Tipos de Establecimientos para Adultos Mayores**

Actualmente existen diversos tipos de establecimientos públicos y privados dirigidos a satisfacer las necesidades del adulto mayor, aunque como se ha manifestado anteriormente estos aun no llegan a cubrir el objetivo deseado (INTRA II, 2014).

- ***Adulto Mayor (CAM)(CIAM)***

Los Centros del Adulto Mayor (CAM) O (CIAM) son concebidos por EsSalud (seguridad social) como espacios de encuentro generacional, orientados a promover una auténtica relación interpersonal, mediante el desarrollo de actividades socioculturales recreativas, productivas y de atención de la salud dirigidas a mejorar la calidad de vida del adulto mayor. Este programa está dirigido a personas adultas mayores jubiladas beneficiarias de la seguridad social. Entre los servicios que brinda se pueden citar: Comedor social, Salón de juegos, Orientación socio jurídica, Atención médica o de prevención (UBAAM), Turismo social, Actividades culturales y artísticas, Encuentros familiares, Talleres de cultura física (Tai Chi) y eventos deportivos y recreativos; Talleres de autoestima, memoria, autocuidado y alfabetización, y otros (INTRA II, 2014).

Pese a que EsSalud con sus CAM o CIAM, es la entidad que más ha desarrollado el tema de la integración social del adulto mayor, aún persisten algunas limitaciones. **Por ejemplo, centra la atención en los adultos mayores jóvenes (entre 60 a 70 años)** que conforman el 47% de su población. Otra limitación importante es la cobertura, ya que la mayoría de afiliados (43%) se encuentra en la ciudad de Lima (INTRA II, 2014).

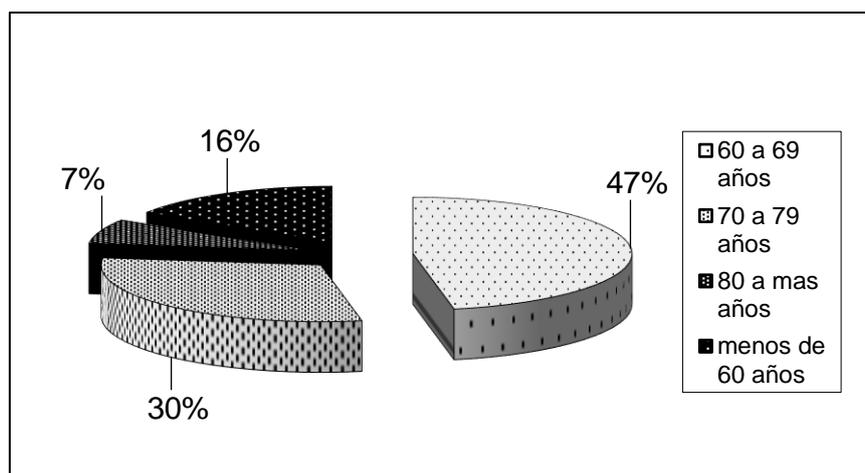


Figura 1. Distribución de la población de los CAM por grupo etáreo

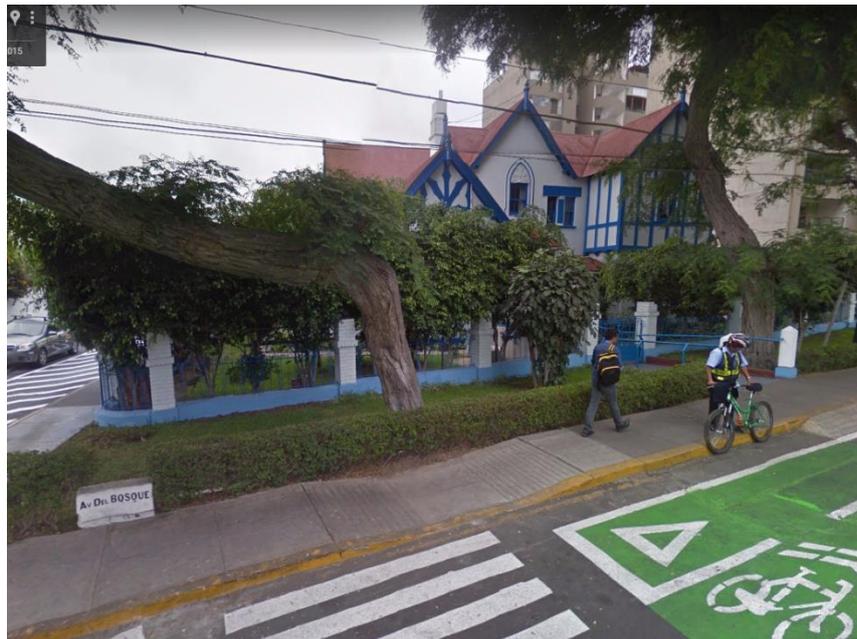
Fuente: Composi (2017) / Perfil del adulto mayor [Figura]. Recuperado de: <http://composi.info/perfil-del-adulto-mayor.html?page=11>

### ***Ejemplo de Centro Del Adulto Mayor: Cam San Isidro Lima – Perú 9***

El CAM de San Isidro, es un centro gerontológico social que pertenece a ESSALUD, brinda servicio a 2864 inscritos que viven en las zonas de San Isidro y Miraflores.

Uno de los requisitos para poder inscribirse en este CAM, además del distrito de procedencia es ser mayor de 60 años y contar con total autonomía funcional, por lo cual antes de ingresar al centro, es necesaria una evaluación gerontológica y un diagnóstico para la elaboración de un plan de actividades a realizar (Arriarán Juscamaita, 2014).

Al igual que el resto de CAM de Lima, estos no han tenido un diseño específico para la función que desempeñan, únicamente se realizó el acondicionamiento de locales a fin de lograr mayores comodidades para los adultos mayores, este acondicionamiento se trató básicamente de eliminación de escaleras y su reemplazo por rampas, instalación de barras de ayuda y soporte en los baños existentes (Arriarán Juscamaita, 2014).



*Figura 2. Centro del Adulto Mayor: Cam San Isidro Lima*

Fuente: Google maps (2013) / Cam San Isidro Lima [Fotografía]. Recuperado de: <https://www.google.com/maps/search/Cam+San+Isidro+Lima+adulto+mayor/@-12.0984086,-77.0399113,14.46z>

- ***Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI)***

EsSalud a través de este programa provee de servicios de salud a domicilio a pacientes mayores de 80 años y con limitaciones físicas. Se propone lograr la participación del paciente y de la familia en la atención de salud, fomentando el autocuidado y la prevención, y contribuir al uso eficaz de la Consulta Médica y de la Cama Hospitalaria de los Servicios de EsSalud, así como al uso racional de las clínicas contratadas (INTRA II, 2014).

- ***Instituto Nacional de Bienestar Familiar (INABIF)***

El Instituto Nacional de Bienestar Familiar es un organismo público descentralizado perteneciente al Ministerio de la Mujer y Desarrollo Humano que realiza acciones preventivas promocionales dirigidas a la población en riesgo. La atención a la población adulta mayor está a cargo de la Gerencia de Promoción Familiar que además atiende niños

y niñas adolescentes, mujeres y adultos en situación de pobreza o riesgo, a través de centros de promoción familiar (INTRA II, 2014).

En el caso del INABIF solo existen dos locales destinados como centros de atención para adultos mayores los cuales son:

CAR Virgen del Carmen Ubicado en el distrito de San Miguel

CAR Cieneguilla Ubicado en el distrito de Cieneguilla

▪ ***Fondo de Cooperación para el Desarrollo (FONCODES)***

El Fondo de Cooperación para el Desarrollo (FONCODES) es un organismo descentralizado autónomo dependiente del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Humano. Dentro de las distintas áreas temáticas de trabajo y/o tipos de proyectos que FONCODES apoya, figuran aquellos vinculados a la construcción y equipamiento de centros de salud y las campañas de salud. Precisamente, en éstas últimas, FONCODES apoya aquellas especialmente dirigidas a la población anciana, siempre y cuando sean ejecutadas por organizaciones de base, comunidades campesinas o nativas, organismos religiosos asentados en zonas populares, organismos no gubernamentales (ONG), municipalidades y organismos públicos en general. FONCODES, al igual que el PRONAA, para realizar sus actividades canaliza generalmente recursos provenientes de organismos de la cooperación internacional. Actualmente se encuentra en proceso de descentralización (FONCODES a nivel distrital y PRONAA a nivel provincial) (INTRA II, 2014).

▪ ***Centros de salud o policlínicos municipales***

Otros establecimientos que brindan servicios de salud de naturaleza pública son los denominados Centros de Salud o Policlínicos Municipales. Sin embargo, estos centros, debido a los limitados recursos con los que cuentan, en la mayoría de los casos solo brindan servicios de consulta ambulatoria y de cirugía menor y no tienen implementados

departamentos o programas para la atención de las personas adultas mayores, salvo campañas esporádicas que impulsan las autoridades municipales por alguna circunstancia especial (INTRA II, 2014).

- ***Sociedad civil y cooperación internacional***

La sociedad civil en nuestro país viene trabajando en la percepción que se tiene respecto a la población Adulta Mayor.

- ***Organizaciones No Gubernamentales - ONG***

Extraoficialmente se conoce que en el año 2001 había más de 3,000 organizaciones no gubernamentales (ONG), sin fines de lucro, inscritas en el registro de personas jurídicas. Sin embargo, la Secretaria Técnica de Cooperación Internacional SECTI (ahora APCI) tiene registradas oficialmente solo 2,000 ONGs.

Las ONGs que trabajan con y a favor de los adultos mayores aun no es muy amplio. Estas instituciones iniciaron su trabajo en forma particular, apoyando inicialmente a personas de menores recursos; más con el tiempo varias ONGs se han especializado en adultos mayores.

Entre las principales ONGs que trabajan con adultos mayores se encuentran las asociadas al Consorcio Perú y la Mesa de Trabajo de ONGs y afines sobre personas adultas mayores; Mencionaremos las que están registradas en el Instituto Nacional de Planificación:

- ✓ Asociación Horizontes de la Tercera Edad, Posee un consultorio en un sector de Lima.
- ✓ Centro de Investigación y Desarrollo Gerontológico. (CIDEG). Cuenta con Consultorios en parroquias en distritos de Lima

- ✓ Fundación Peruana de Ayuda a la Tercera Edad (FUPATE). Tiene consultorios externos de atención médica, odontológica y talleres ocupacionales.
- ✓ PRO – VIDA – PERU Trabaja en asentamientos precaristas en el puerto del Callao (atención médica, psicológica y social).
- ✓ Asociación Peruana de Estudios Gerontológicos (APEG). Ha realizado un trabajo de investigación sobre el estado de la memoria en 04 ciudades del país, auspiciado por la “Sociedad Memoria y Vida” de París (Francia), dirigido por el Profesor Ives Ledan Seurs.
- ✓ La Asociación de Empleados Jubilados del Sector Público, así como la Asociación Nacional de Cesantes y Jubilados de Educación (ANCIJE) poseen clubes de jubilados y esta última un policlínico afiliado a la seguridad social

- ***Albergues o asilos para ancianos de la ciudad de Lima***

Dependen de la Sociedad de Beneficencia Pública, organismo descentralizado del Ministerio de Promoción de la Mujer y Desarrollo Humano que viene experimentando un incremento en la demanda de servicios (INTRA II, 2014).

La Gerencia para el Desarrollo de la Población en Riesgo tiene a su cargo 104 Beneficencias Públicas (asilos, albergues) distribuidas a nivel nacional que atienden a la población que no cuenta con familia, o que por diversos motivos (generalmente económicos o de incompatibilidades que afectan la convivencia) no cuenta con una vivienda o con un mínimo de comodidades o de atención (INTRA II, 2014).

- ***Casas de reposo***

Actualmente se han multiplicado las llamadas “casas de reposo”, “hogares de ancianos” ó “residencias” para la clase media, los que salvo contadas excepciones su finalidad es el lucro, no cumpliendo con los requisitos mínimos para su funcionamiento, solicitando en cambio altas retribuciones en dinero a los familiares de estos pacientes (Rafael Castro, 2014).

En el 2001 existían en Lima 20 casas de reposo. Actualmente el número debe ser mayor y es probable que algunas tengan un carácter informal. Las mensualidades pueden variar desde los 60 a 600 dólares mensuales (Rafael Castro, 2014).

Generalmente los servicios están dedicados al cuidado, alojamiento y atención de personas adultas mayores con problemas de salud, que por alguna razón no pueden ser atendidas por sus familiares. La mayoría de estas casas de reposo están ubicadas en barrios de clase media (INTRA II, 2014).

Lima Metropolitana cuenta con 6 residencias para adultos mayores, en las cuales se atiende a 600 personas, sin embargo, la ayuda no es suficiente. Según Rocío Cutipé, jefa de la División de personas Adultas Mayores de la Municipalidad de Lima, es necesario fortalecer la atención a este grupo humano invirtiendo en infraestructura y personal capacitado.

- ***Clubes del Adulto Mayor***

Así también Para los sectores de mayores recursos se vienen estableciendo centros privados de atención del Adulto Mayor, donde se brinda talleres productivos de biohuertos, talleres de laborterapia, de salud preventiva; talleres culturales, de motivación, de apoyo alimentario y hospedaje (INTRA II, 2014).

### **2.1.2.3. Marco normativo e institucional**

- **Documentos Internacionales**

- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículo 2º numeral 1, el cual señala que los Estados partes están comprometidos a garantizar y respetar los derechos reconocidos por el mencionado documento.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas: Observación General N.º 6 denominada “Los derechos

económicos, sociales y culturales de las personas de edad”, aprobada en 1995, en la que se especifican las obligaciones que corresponden a los Estados que son parte del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en temas como: trabajo, seguridad social, salud, educación, familia, igualdad de derechos entre hombres y mujeres, entre otros.

- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales – “Protocolo de San Salvador”, artículo 17º, establece que toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad. En tal cometido, los Estados partes se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica.
- Convenio N.º 102 sobre normas mínimas de seguridad social, que contiene en su capítulo V las prestaciones de vejez.
- “Plan de Acción sobre el Envejecimiento” y “Declaración Política” aprobados en la Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento de la ONU, que se celebró durante los días 8 a 12 de abril de 2002 en Madrid, España. Abarcan el envejecimiento activo, la atención primaria en salud, el VIH en las personas de edad y la prevención del maltrato.
- Resolución N.º 50/141 del 30 de enero de 1996, de la Organización de las Naciones Unidas, a través de la cual propone a los Estados Miembros la formulación de programas especiales para las personas de edad.

- Estrategia Regional de Implementación para América Latina y El Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid, elaborada en la Primera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento: Hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile, 19 al 21 de noviembre de 2003.
- Recomendación General N.º 27 sobre las mujeres mayores y la protección de sus derechos humanos. CEDAW - CONVENCION SOBRE LA ELIMINACION DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACION CONTRA LA MUJER, tiene como propósito principal evidenciar las particulares formas de discriminación que enfrentan las mujeres adultas mayores. Explora la relación entre todos los artículos de la Convención y las particularidades de esa etapa vital y señala los compromisos asumidos por los Estados que forman parte de la Convención en aras del respeto a los derechos de dicha población. Incluye recomendaciones sobre políticas públicas que permitan transversalizar las respuestas en las estrategias nacionales, iniciativas para el desarrollo y acciones que permitan a las mujeres mayores participar plenamente sin discriminación y sobre la base de la igualdad con el hombre.
- Declaración de Brasilia, documento elaborado durante la Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento, desarrollada en Brasil (Diciembre – 2007), por el cual los países de la región, reafirman su compromiso de no escatimar esfuerzos para

promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de todas las personas de edad, trabajar en la erradicación de todas las formas de discriminación y violencia y crear redes de protección de las personas de edad para hacer efectivos sus derechos.

- Carta de San José sobre los Derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe, elaborada durante la Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe, desarrollada en Costa Rica del 8 al 11 de mayo de 2012. Dicho documento constituye la contribución de América Latina y el Caribe al 51º período de sesiones de la Comisión de Desarrollo Social del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, de febrero de 2013.
- Carta Andina para la Promoción y Protección de los Derechos Humanos, que en la Parte IX, sobre los Derechos de Grupos sujetos de protección especial, se hace referencia a los derechos de los adultos mayores (Naciones Unidas, 1999).
- **Normatividad a Nivel Local**
  - Constitución Política del Perú, artículo 4º, el cual señala que el Estado protege, entre otros, al anciano en estado de abandono.
  - Ley N.º 29158 – Ley Orgánica del Poder Ejecutivo.
  - Ley N.º 30490 – Ley de las Personas Adultas Mayores y su Reglamento.
  - Ley N.º 27972 – Ley Orgánica de Municipalidades.
  - Ley N.º 27867 – Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.

- Ley N.ª 27408 – Ley que establece la atención preferente a las mujeres embarazadas, las niñas, niños, los adultos mayores, en lugares de atención al público.
- Ley N.ª 27783 – Ley de Bases de la Descentralización.
- Decreto Legislativo N.º 1098 – Aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.
- Decreto Legislativo N.º 346 – Ley de Política Nacional de Población, la cual concuerda con lo establecido en el artículo 4º de la Constitución Política del Perú respecto a la protección que brinda el Estado al anciano. Su modificatoria la Ley N.º 26530.
- Decreto Supremo N.º 011-2011-MIMDES – Aprueba la “Política Nacional en relación a las Personas Adultas Mayores”.
- Resolución Ministerial N.º 017-2003-MIMDES, dispone que organismos públicos, descentralizados del MIMP, procedan a priorizar ejecución de proyectos a favor de niños, adolescentes, personas adultas mayores y personas con discapacidad.
- Decreto Supremo N.º 003-2012-MIMP, aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del MIMP.
- Decreto Supremo N.º 004-2013-PCM, aprueba la Política Nacional de Modernización de la gestión Pública (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2014).

### **2.1.3 Marco Teórico**

#### **2.1.3.1 El Adulto Mayor**

Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas y a las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. Indistintamente a cualquier individuo mayor de 60 años se le denomina adulto mayor (El adulto mayor, s.f.).

Se considera adultos mayores a las personas que tienen de 65 años en adelante para los países desarrollados y para los países en vías de desarrollo se considera que la persona está en la vejez desde los 60 años debido a las condiciones de vida que enfrenta por ejemplo la inserción tempranamente al trabajo, la nutrición, las condiciones de salud, entre otras.

##### **2.1.3.1.1 Situación del adulto mayor a través de la historia en el País**

La historia del adulto mayor en el Perú, se puede dividir en varias etapas donde muestra su importancia y preponderancia a través del tiempo que varían a ser considerados personajes muy importantes hasta ser calificados como una carga para la sociedad.

En las diferentes épocas de la historia la situación del adulto mayor refleja las políticas del estado con la sociedad que lo compone.

En el libro del Dr. Miguel Llado “*Historia de la geriatría en el Perú*” se mencionan el estado del adulto mayor a través de la historia como son:

- En las Culturas Preincaicas. - los ancianos eran respetados, sobre todo en los Ayllus, que eran grupos familiares unidos por vínculos de trabajo. Ahí conservaban su condición de cabezas de familia (Lladó, 1996).
- En el incanato, a los ancianos se les clasificaba en dos grupos: los purecc macho, mayores de 60 años, que se dedicaban a orientar a la juventud y a

asesorar a la clase dominante, y los rocto macho, mayores de 80 años, ya deteriorados orgánicamente y por eso mantenidos de los depósitos públicos. La protección del anciano, entonces, dependía del producto del trabajo de la comunidad (Lladó, 1996).

- En la Colonia la sociedad clasista del Incario fue prácticamente arrasada por las hordas españolas ambiciosas de riquezas. Así comienza el desamparo de los no aptos, particularmente de los ancianos (Lladó, 1996).
- Durante la colonia nacen las primeras instituciones hospitalarias; se fundan hospitales y hospicios bajo el amparo de la religión católica. Después se estableció la enseñanza de una medicina medieval; el ejercicio y control de la profesión se dio a través del protomedicato (Tribunal que reconocía la suficiencia de los futuros médicos y concedía las licencias necesarias para el ejercicio de dicha facultad) (Lladó, 1996).
- En la época republicana, El anciano es considerado como una fuerza de trabajo devaluada, con muy poca aceptación para mantenerse en el mercado laboral y tiene que conformarse en vivir de la buena fe de los hijos, de los ahorros si los tiene, de las pensiones de vejez o de la caridad pública. En estos periodos de la república persistió la situación de marginación de la población de la tercera edad (Lladó, 1996).
- A mediados del siglo XIX, con el desarrollo de la medicina en el Perú bajo la influencia de la medicina francesa, inglesa y alemana, surgió el interés por satisfacer las necesidades de atención de los ancianos, especialmente de aquellos de sectores populares (Lladó, 1996).
- Desde el punto de vista social la década del 80 para el Perú representa sin duda alguna un decenio casi perdido. Una deuda externa abrumadora, disminución

de los ingresos, alto índice de inflación, recesión, deuda externa que no se pagó durante 5 años lo que limitó la ayuda económica internacional (Lladó, 1996).

- Una población con un 46% de peruanos en el área urbana y un 83% en las áreas rurales por debajo del nivel de pobreza absoluta. Asignación de sólo el 5.5% del gasto total del estado para salud, y 2% para vivienda y esparcimiento; la violencia social y todo lo antes mencionado configuraban un complicadísimo escenario donde los conceptos de progreso y desarrollo carecían de solidez, siendo simplemente ideales (Lladó, 1996).
- Tras los años, estos indicadores han mejorado, pero aún estamos lejos de alcanzar el bienestar para todos, Sin embargo, a pesar de esta realidad social los sectores menos favorecidos se han reunido en AGRUPACIONES, en comités, etc.; así han ido surgiendo comedores populares, comité del vaso de leche, comité de seguridad vecinal, educacionales y recreativos, y clubes de madres, al inicio dirigidos a la madre y el niño para luego extenderse al adulto mayor (Manrique de Lara, 2004)
- Se aprendió allí que el problema del envejecimiento no era sólo salud sino también Asuntos de Desarrollo, y Asuntos Humanitarios que comprometían a diversos sectores (Manrique de Lara, 2004).
- Después de la Asamblea Mundial, en el Perú se intentó poner en acción el Plan dándose en 1985 la Ley 24165 que crea el Consejo Nacional del Anciano, cuyo reglamento es aprobado en 1987. Dicho consejo era presidido por un representante del Ministerio de Salud, con representantes del Ministerio de Educación, Facultad de Medicina más antigua, Cruz Roja, Seguridad Social, Sociedad de Beneficencia de Lima Metropolitana, Federación de Jubilados y

Ancianos de los Albergues. El consejo nunca funcionó por falta de fondos, de motivación y de interés político (Manrique de Lara, 2004).

Al faltar un organismo rector, coordinador intersectorial con sensibilidad y motivación que aprovechará lo aprendido en la Asamblea Mundial, el Perú se desvincula con la red de organismos de las Naciones Unidas para el envejecimiento, no se estableció los mecanismos nacionales sobre el envejecimiento, no solicito ayuda económica y técnica al Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para el envejecimiento, ni cumplió tampoco con el llenado del cuestionario del primer examen y evaluación de la Ejecución del Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento (1984-1985) ni del segundo examen (1988-1989) (Manrique de Lara, 2004).

- La Sociedad de Gerontología y Geriatría del Perú, Reconocida por el Colegio Médico del Perú, cobra mayor vigor creando filiales en Arequipa, Trujillo, Ica, Piura y Organiza el Primer Congreso Peruano de Gerontología en setiembre de 1984 (Manrique de Lara, 2004).
- Las instituciones no gubernamentales ONGs organizan, talleres, seminarios y cursillos (Manrique de Lara, 2004).
- La Sociedad de Beneficencia de Lima, fundada en 1834 durante el gobierno del general Orbegoso con la finalidad de brindar atención a los desvalidos, se hizo cargo de los hospicios, hospitales y cementerios. Esta sociedad estableció varios hospicios con la función limitada de albergues como el Manrique, Castaño, Ruiz Dávila y Corazón de Jesús, entre otros (Manrique de Lara, 2004).
- En 1924 fue construido el Asilo San Vicente de Paul, ex Hospicio de Incurables, hoy Hogar Geriátrico perteneciente a la Sociedad de Beneficencia de Lima para la atención de ancianos desvalidos (Manrique de Lara, 2004).

- La creación del Seguro Social Obligatorio para los obreros en 1936 marcó un hito, dado que por primera vez los trabajadores tendrían asegurada la atención médica durante su vejez, luego de la jubilación (Manrique de Lara, 2004).
- En 1951 este tipo de atención se extendió mediante la forma de Seguro Social (Manrique de Lara, 2004).
- En 1973 se creó el Sistema Nacional de Pensiones de la Seguridad Social que reemplazó a la Caja de Pensiones de la Caja Nacional del Seguro Social, del Seguro Social del Empleado y del Fondo Especial de Jubilación de Empleados Particulares (Manrique de Lara, 2004).
- Las Fuerzas Armadas se sumaron a la tendencia de brindar ayuda médica especializada a los ancianos. Así, se crearon servicios de atención geriátrica:
  - En el Hospital Militar Central en 1975;
  - en el Hospital de las Fuerzas Policiales, en 1982;
  - en el Hospital Central de Aeronáutica en 1983;
  - en el Hospital Naval Central en 1985 (Manrique de Lara, 2004).
- El 27 de agosto de 1982 fue inaugurado en el distrito del Rímac el asilo que lleva el nombre de su benefactora, Ignacia Rodolfo viuda de Canevaro (Manrique de Lara, 2004).
- En 1998 se creó el servicio de Geriátrica en el Hospital de la Seguridad Social Guillermo Almenara Irigoyen (ex Obrero), mientras que en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins (ex Empleado), también de la seguridad social, funciona una unidad de valoración geriátrica (Manrique de Lara, 2004).

Recientemente han sido creados servicios de geriatría en algunos hospitales del Ministerio de Salud, tales como Cayetano Heredia, Arzobispo Loayza, 2 de Mayo, Sergio Bernales; sin embargo, éstos aún no están debidamente implementados para un funcionamiento óptimo (Mendoza, 2008).

#### **2.1.3.1.2 Situación del adulto mayor según la OMS**

El Programa de Salud y Envejecimiento de la Organización Mundial de la Salud, preocupado por el rápido envejecimiento poblacional de los países en desarrollo y por los cambios epidemiológicos que se reflejan en el aumento progresivo de enfermedades crónicas y discapacidad, consideró necesario investigar las condiciones de salud de la población adulta mayor en este tipo de países. Para ello, diseñó el estudio “Desarrollando Respuestas Integradas de los Sistemas de Cuidados de la Salud para una Población en Rápido Envejecimiento” (Estudio Intra I), que fue realizado en cinco países, Botswana, Chile, Jamaica, Líbano y Tailandia, durante los años 2002 y 2003. Como resultado de este estudio se elaboró, en cada uno de ellos, un Perfil de Envejecimiento Poblacional y se recolectó información sobre la conducta, conocimientos y actitudes de los proveedores de cuidados de la salud primaria hacia las actividades de prevención y promoción de la salud, dirigidas a las personas mayores (Bastidas).

El Programa de Salud y Envejecimiento de la OMS consideró conveniente realizar la segunda etapa de este estudio, denominada INTRA II, incluyendo otros cinco países, eligiéndose al Perú como el representante de la región de América. Los principales objetivos de este estudio son (INTRA II, 2014):

- Intercambiar ideas, experiencias y modelos de práctica.
- Crear grupos nacionales interdisciplinarios y multisectoriales capaces de asumir la aplicación práctica de los hallazgos.

- Producir un perfil nacional de las poblaciones en envejecimiento para disponer de una visión general de los sistemas de cuidados de la salud en cada uno de los países participantes.
- Producir una base de conocimientos para asistir a los países participantes, guiando futuras acciones y políticas hacia una mayor integración de los sistemas sociales y de salud.
- Incluir recomendaciones para reorientar los servicios sociales y /o de salud en orden de servir mejor a las poblaciones en envejecimiento.
- Identificar los factores potenciales que facilitan o impiden la integración de los servicios de salud y sociales a la comunidad.
- Desarrollar indicadores clave de la implementación de las políticas e intervenciones recomendadas (INTRA II, 2014).

El estudio correspondiente al Perú se realizó en base a información recolectada de diferentes fuentes, no necesariamente homogéneas, algunas nacionales y otras extranjeras (OPS/OMS) (INTRA II, 2014).

El formato de esta publicación es el sugerido por la OMS, que incluye aspectos históricos, socioeconómicos, tendencias demográficas, indicadores de salud, consideraciones generales de la población, aspectos sociales y sistemas de cuidados de la salud (INTRA II, 2014).

El estudio fue realizado con la participación de un equipo multidisciplinario conformado por representantes de áreas académicas universitarias, de ministerios (MIMDES, MINSA), de la seguridad social (EsSalud) y de organizaciones no gubernamentales (ONGs) (INTRA II, 2014).

### 2.1.3.1.3. Situación del adulto mayor en el PERU

La población del Perú al igual que muchos de los países en desarrollo se caracteriza por ser joven. El 38% de su población es menor de 15 años, y sólo el 6% corresponde a los 60 años o más cuya proyección al año 2025 será del 12% (Manrique de Lara, 2004).

Por lo tanto, esta estructura demográfica ha empezado a variar en las últimas Décadas y se intensifican debido principalmente a la declinación de las tasas de mortalidad y fecundidad (Manrique de Lara, 2004).

Esta última según el censo de 2007 la población censada fue de 27 710 351 habitantes, de los cuales el 9.1% (2 495 643) en Perú. 9.6% (2 660 193) para Lima Metropolitana, y un 8,5% (2 355 379) para Lima Norte, conformada el grupo de personas mayores de 60 años, un grupo reducido que para lo demás no cuenta con una participación activa dentro del aparato estatal y por tanto no tiene poder de decisión (Manrique de Lara, 2004).

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) publicó recientemente el último informe sobre la población de adulto mayor en el país, En lo que respecta a aseguramiento de salud, se indicó que el 78.3% de la población adulta cuenta con un seguro de salud, ya sea público o privado. Esto representa un aumento de 3% respecto al año 2013 (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2018).

Según el INEI, la mayor proporción de afiliados es de Lima Metropolitana con el 85%. En el área rural, la población afiliada es de 77.6%, y en la urbana, alcanzó el 72.7% (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2018).

Si se analiza por tipo de seguro, se observa que el 39.4% de la población accede al Seguro Integral de Salud (SIS), el 32.9% a Essalud y el 6.1% a otros seguros, por lo tanto, el 78.3% cuenta con algún tipo de seguro de salud (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2018).

Según el censo/estimaciones desde 1970, la población adulta mayor del Perú constituía el 5.54% del total nacional; en el censo de 1993, alcanzó el 6.34%; por tanto, en 23 años la población de adultos mayores creció en menos de 1%. El ritmo de crecimiento se viene incrementando desde hace una década, ya que se calcula que esta población representará en el 2025, el 13.27%. Esto significa que en los próximos años la población de adultos mayores llegará casi a duplicarse. Estamos así siendo testigos de un rápido proceso de transición demográfica, por lo que debemos estar preparados para afrontar los cambios y sus consecuencias (Zapata Talavera, 2017).

Asimismo, la expectativa de vida de la población peruana ha cambiado en los últimos años; en 1970, era de 53 años; en el 2004, de 70 años y se estima que alcanzará los 75 años en el 2025 (Zapata Talavera, 2017).

### **2.1.3.2 El Envejecimiento**

#### **2.1.3.2.1. Envejecimiento de la Población**

Como resultado de los grandes cambios demográficos dados en las últimas décadas en el país, la estructura por edad y sexo de la población está experimentando cambios significativos. En la década de los años cincuenta, la estructura de la población peruana estaba compuesta básicamente por niños/as; así de cada 100 personas, 42 eran menores de 15 años de edad; en el año 2016 son menores de 15 años, 28 de cada 100 habitantes. En este proceso de envejecimiento de la población peruana, aumenta la proporción de la población adulta mayor de 5,7% en el año 1950 a 9,9% en el año 2016 (INTRA II, 2014).

En este informe técnico se considera como personas adultas mayores a la población de 60 y más años de edad, en concordancia con el criterio adoptado por las Naciones Unidas (INTRA II, 2014).

Gráfico N° 01  
Perú. Pirámide de la población en 1950

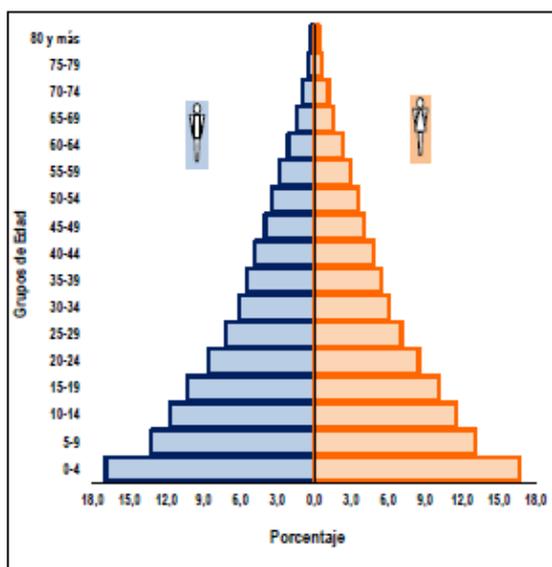


Gráfico N° 02  
Perú. Pirámide de la población en 2017

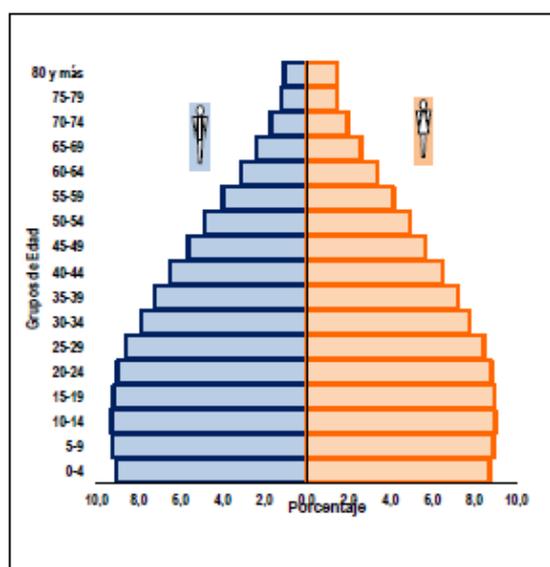


Figura 3. Situación de la Población Adulta Mayor

Fuente: INEI (2017) / Población Adulta Mayor [Figura]. Recuperado de:  
<https://www.inei.gov.pe/biblioteca-virtual/boletines/estadisticas-de-seguridad-ciudadana/1/>

#### 2.1.3.2.2. Tipos de envejecimiento. -

- Envejecimiento Fisiológico: Proceso cuya aceleración se encuentra dentro de los límites normales. El desgaste inevitable es fisiológico.
- Envejecimiento Patológico: El prematuro “progeria”.
- Envejecimiento Exitoso”. -Mínimos cambios morfológicos y funcionales, Mínimo efecto de enfermedades, accidentes, u factores de riesgo, ambiente.
- Envejecimiento activo. - Se refiere a la participación continua en forma individual y colectiva, en los aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos, se refiere al empoderamiento en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en los que están inmersos, considerando cambios inherentes a la edad, riesgos ambientales y psicosociales, así como las medidas preventivas que pueden aplicar (Martínez, Mitchell and Aguirre, s.f.).

### 2.1.3.2.3. Características Del Envejecimiento

- Universal: Propio de todos los seres vivos.
- Irreversible y deletéreo: a diferencia de las enfermedades no puede detenerse ni revertirse. Lleva a una progresiva pérdida de la función.
- Heterogéneo e individual: La velocidad de declinación funcional varía de sujeto a sujeto y de órgano a órgano dentro de la misma persona.
- Intrínseco: Se observa una mayoría de la población que logra vivir hasta edades muy avanzadas con buena salud, y muere masivamente alrededor de los 80 años (Martínez, Mitchell and Aguirre, s.f.).

### 2.1.3.2.4. Teorías Sobre El Envejecimiento

- El envejecimiento está asociado con dos procesos que se superponen y que finalmente llevan a la muerte del organismo: la degeneración progresiva de las células y la pérdida de la capacidad regenerativa. Tanto la degeneración como la regeneración de las células son procesos que ocurren en cada una de las etapas de la vida y permanecen en un perfecto equilibrio en condiciones normales, no patológicas (Martínez, Mitchell and Aguirre, s.f.).

- ***Teorías psicológicas de envejecimiento***

En los escritos de Fernández-Ballesteros (2000, citado en Sánchez Palacios, 2004), se mencionan 3 teorías para hablar sobre el envejecimiento.

- **Teoría de Erickson**

Para Erickson el desarrollo psicológico tiene que ver con un progreso continuo que ocurre en la persona, basado en la resolución de crisis normativas. En ellas, se espera una resolución positiva que influya en

el desarrollo de la personalidad. Dentro de los que son estas crisis normativas, se tiene en cuenta a la vejez como una época en la que se produce un conflicto entre la integridad del yo y la desesperanza. Cuando hay ausencia de integridad, el yo se ve afectado por el miedo a la muerte y sufre la falta de adaptación a este periodo de la vida.

En cambio, cuando hay integridad del yo, las personas logran adaptarse con éxito en cada etapa y hay aceptación tanto de ellos mismos como del momento en el que se encuentran.

Podríamos decir entonces que esta etapa de vejez, parece ser la más difícil de todas.

- **Teoría de la actividad**

Esta teoría, fue desarrollada por Havighurst (1987) Quien plantea que las personas son más felices y están más satisfechas, cuando se mantienen activas y se sienten útiles. Aquí se tiene en cuenta como las personas pierden los roles que tenían en toda su vida, como por ejemplo el rol laboral. Entonces para obtener un envejecimiento óptimo, hay que mantener un estilo de vida activo y compensar las pérdidas sociales que se tenían, como así también encontrar actividades que sustituyan aquellas que ya no pueden realizar por el motivo que sea.

- **Teoría de la continuidad**

Esta teoría considera que las estructuras de ideas y funcionamiento que tienen las personas, permanecen estables a lo largo de la vida.

Las personas que comienzan a adentrarse en la vejez, lo van a hacer procurando mantenerse con estrategias familiares en contextos conocidos.

Por eso se entiende que las personas elijan lugares, actividades o relaciones en función de las concepciones previas que se tenían.

Según esta teoría, en la vejez se tiende más a la continuidad que al cambio (Atchley 1989; 1999 y Maddox, 1963 citado en Sánchez Palacios, 2004).

▪ ***Teorías Biológicas Del Envejecimiento***

- **Teorías Estocásticas** Proponen que los cambios fisiológicos del proceso de envejecimiento son debido a la acumulación de lesiones que se acumulan durante el tiempo.

**Teoría de los Radicales Libres** • De manera colateral al proceso normal de producción de energía en nuestras células, esencial para mantener las funciones vitales, (tiene lugar en las mitocondrias) se producen radicales libres que son compuestos moleculares inestables, extremadamente reactivos, que alteran todos los componentes celulares (ácidos nucleicos, proteínas y lípidos).

- **Teoría de los Enlaces Cruzados** • Sostiene que, ocurrirían enlaces o entrecruzamientos entre las proteínas y otras macromoléculas celulares, lo que determinaría envejecimiento y el desarrollo de enfermedades dependientes de la edad.
- **Teoría del desgaste de órganos y tejidos** • También se llama la teoría del ritmo de vida, que dice que las células del cuerpo se van estropeando conforme pasa el tiempo debido a su uso, Se propone que las personas que han vivido forzando su cuerpo o que han tenido un estilo de vida poco saludable, viven menos.

- **Teorías No Estocásticas** Postulan la existencia de un mecanismo fisiológico que controla el proceso de envejecimiento. Se encuentran predeterminados por mecanismos del propio cuerpo.
- **Teoría de los Genes** • Desde al año 2006, científicos genetistas han descubierto que el envejecimiento podría deberse a la existencia de uno o más genes que se inactivan provocando el envejecimiento, este gen denominado WRN al sufrir alteraciones provoca el proceso gerontológico.
- **Teoría de los Telómeros** • Debido al mecanismo de replicación del ADN de las células, los telómeros se van acortando con las sucesivas divisiones. lo que conlleva un acortamiento progresivo de los telómeros cromosómicos; cuando el tamaño de los telómeros llega a un cierto nivel mínimo, se desencadenan mecanismos que conducen a la muerte celular.
- **Teoría de la intoxicación por sustancias intrínsecas.** • También se llama teoría de la autointoxicación. Durante la vida se acumulan sustancias de desecho en el interior o exterior de la célula como la lipofucsina y otros pigmentos, creatinina, colesterol en las placas de ateroma (ateroesclerosis) que son productos del metabolismo celular (Martínez, Mitchell and Aguirre, s.f.).

#### **2.1.3.4. Cambios Durante El Envejecimiento:**

- Biológicos: cambios en el organismo, adaptación, lentificación, disminución de los órganos sensoriales, problemas de salud.
- Psicológicos: Cambios en las facultades intelectuales y mentales, en el modo de encarar el proceso de envejecer.

- Sociológicos: Cambios que configuran determinadas oportunidades y condiciones de vida para la categoría de los viejos (Martínez, Mitchell and Aguirre, s.f.).

#### **2.1.4. Hogares con algún Miembro Adulto Mayor**

• El 42,2% de los hogares del Perú tiene entre sus miembros a al menos una persona de 60 años o más; mientras que el 26,3% del total de hogares del país tiene como jefe o jefa de hogar a una PAM (INEI 2018: 2).

• El 57,6% de los hogares nucleares de las PAM tienen a un hombre como jefe del hogar, esta cifra representa más del doble que la correspondiente a los hogares cuya jefa es una mujer (26,7%) (INEI 2018: 3).

#### **3.4.2.3. Educación**

Con respecto a la educación, el 14,8% de la población adulta mayor no cuenta con un nivel educativo o solo tiene nivel inicial; el 40,7% alcanzó estudiar primaria; el 25,7%, secundaria; y, el 18,8%, nivel superior (INEI 2018: 4). En este punto, debe advertirse la “gran brecha entre hombres y mujeres adultos/as mayores en el nivel educativo sin nivel/inicial, donde el 23,5% de las mujeres no tienen nivel alguno de educación, los hombres en la misma situación representan el 5,3%, siendo la brecha 18,2 puntos porcentuales” (INEI 2018: 4).

#### **3.4.2.4. Acceso a la Identidad y Programas Sociales**

##### *3.4.2.4.1. Acceso a la Identidad*

El 99,4% de los/as adultos/as mayores cuenta con el Documento Nacional de Identidad. Por sexo, el 99,7% de la población masculina y el 99,2% de la población femenina de 60 y más años de edad tienen DNI ( Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2017).

#### *3.4.2.4.2. Acceso a programas sociales*

En cuanto a la participación en programas sociales, el 28,8% de la población de 65 años o más se beneficia del programa social “Pensión 65”, lo que equivale a 505 000 usuarios en total (MINJUS 2018: 66). Según cifras del INEI, durante el primer trimestre de 2018 se reportó que el 18,2% de jefes o jefas de hogar de la población adulta mayor se beneficiaron de este programa, la mayoría del área rural (INEI 2018: 7). Además, se tiene registrado que solo 54 683 PAM usuarias de Pensión 65 participan en las actividades de “Saberes productivos”, intervención dirigida a promover acciones de revalorización de este grupo (MINJUS 2018: 61).

#### *3.4.2.5. Estadísticas de Salud*

En materia de salud, el 82,6% de la población adulta mayor femenina presenta algún problema de salud crónico (artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, etcétera) y, en la población masculina, estos problemas de salud afectan al 69,9%. Además, las PAM mujeres del área urbana son el grupo que más padece este tipo de problemas (INEI 2018: 8). Por otra parte, la mayor parte de personas de 60 años o más con algún tipo de problema de salud no asistió a un establecimiento para atenderse (72,7%) y un poco más de la cuarta parte (25,6%) no acudió a un establecimiento de salud porque le queda lejos, no le genera confianza o se demoran en la atención (INEI 2018: 8).

#### *3.4.2.6. Actividad Económica*

En materia de trabajo y actividad económica, las PAM incluidas en la Población Económicamente Activa (PEA) representan el 56,1% y el porcentaje de hombres es mayor que el de mujeres: 68,5% y 44,7% respectivamente (INEI 2018: 12). Quienes no forman parte de la PEA “representan el 43,9%, donde el porcentaje de mujeres es mayor al de los hombres en 23,8%” (INEI 2018: 12). Adicionalmente, 3 259 PAM de 60 a 64 años tienen empleos temporales (MINJUS 2018: 64). En virtud de estas cifras, cabe

indicar que a la fecha no se cuenta con un Plan de Promoción del Empleo para Personas Adultas Mayores, lo cual se ha trazado como una meta para el año 2021, según información del MINJUS (2018: 64).



Figura 4. Adultos mayores con trabajo y seguro de salud

Fuente: INEI (2017) / Encuesta nacional de hogares [Figura]. Recuperado de: <https://www.inei.gov.pe/biblioteca-virtual/boletines/estadisticas-de-seguridad-ciudadana/1/>

### 1.2.3.2. Tendencias Demográficas

- En los últimos 30 años la tasa bruta de natalidad ha disminuido de 42.35 por mil a 22.18 por mil y la tasa bruta de mortalidad ha disminuido de 14.01 por mil a 6.07 por mil.
- La esperanza de vida al nacer ha aumentado
- Actualmente la población de mayores de 50 años representa el 14.53% de la población total.
- La población de adultos mayores (más de 60 años de edad) que representaba el 5.5% de la población total en el año 1970 se ha incrementado a 7.55% para el 2004 y la proyección de crecimiento al año 2025 alcanza al 12.4%. El 47.2% del total de adultos mayores son varones.

- El 55.30% de la población mayor de 50 años se encontraba en áreas urbanas en el año 1970. En la actualidad el 76.07% de dicha población se encuentra en áreas urbanas (INTRA II, 2014).

#### ***1.2.3.3. Consideraciones Generales De La Población A. Mayor***

- El 37.47% de la población mayor de 60 años es económicamente activa en la zona urbana.
- En la población económicamente activa mayor de 55 años de edad, los niveles de desempleo se encuentran entre el 8 al 10 % y el subempleo entre el 34 y 59%, siendo mayor en mujeres.
- En relación a la condición de jubilación, la población mayor de 65 años no afiliada alcanza el 58.33%. En Lima el promedio mensual percibido por jubilación es de 109 dólares.
- El 41.7% de adultos mayores se encuentra en situación de pobreza; en pobreza extrema, el 19.5% (INTRA II, 2014).
- El 35.4% de la población mayor de 60 años es analfabeta; solo el 6.9% llega a tener educación superior (INTRA II, 2014).

#### ***1.2.3.4. Indicadores De Salud De La Población Adulta Mayor***

- Hacia el año 2000 la tasa bruta de mortalidad se redujo a 6.15 por cada mil habitantes. La correspondiente tasa para adultos mayores era de 39.49 por cada mil habitantes. El Ministerio de Salud (MINSA) encontró, para ese año, que la principal causa de mortalidad eran las enfermedades del sistema circulatorio con un 25.87%, seguidas por los tumores, 23.30% y, en tercer lugar, las enfermedades transmisibles con el 18.84%. En la seguridad social (EsSalud), para el 2003 se encontró que las principales causas de defunción en las personas mayores de 65 años eran enfermedades cardiovasculares, 21.34%; tumores malignos, 20.50% y 17.19%, enfermedades transmisibles.
- La esperanza de vida saludable al nacer es de 61 años, correspondiendo 59.6 años a los varones y 62.4 años a las mujeres.
- La dependencia funcional parcial y total (para actividades de la vida diaria), antes del ingreso a salas de hospitalización, alcanza el 47%, para mayores de 60 años a nivel nacional.

- La dependencia de tabaco para mayores de 60 años es de 3.9%. La dependencia del alcohol es de 7.20% para este mismo grupo etáreo.
- Solo el 11.6% de personas mayores de 60 años realiza actividades físicas de frecuencia diaria o inter diaria. En los mayores de 60 años dicha cifra alcanza el 13.5% en los varones y el 6.6% en las mujeres.
- La prevalencia de hipertensión encontrada oscila entre el 15 al 33% de la población, variando de acuerdo a las regiones evaluadas. Las cifras encontradas para la diabetes mellitus también varía, de 1.3% al 7.6%. La obesidad se reporta de 10 al 36%.
- La prevalencia de depresión en la población adulta mayor es de 9.8%, en un estudio recientemente realizado en Lima. También se encontró en la población adulta mayor, entre 60 a 74 años, deterioro cognitivo en el 5.3%, cifra que llega a 30.2 % en los mayores de 75 años (INTRA II, 2014).

#### ***1.2.3.5. Vida Social De La Población Adulta Mayor De 60 Años***

En el Ministerio de Salud no existe aún un plan de apoyo social específico. En la Seguridad Social (INTRA II, 2014).

#### ***1.2.3.6. Sistema De Salud***

- El 65% de la población general es atendida en centros de salud pertenecientes al Ministerio de Salud; el 20% por la seguridad social (EsSalud), el 3% por la sanidad de las Fuerzas Armadas y el 12% por entidades privadas.
- A pesar de esta oferta de servicios de salud, el 18% de la población no tiene acceso a éstos debido a factores económicos, geográficos, de distribución de centros y culturales.
- Existe una inadecuada estructuración y coordinación de los servicios de salud que conlleva a la duplicidad de acciones y falta de liderazgo en el desarrollo de políticas intersectoriales.
- El gasto en salud se centra en servicios hospitalarios que presentan una menor demanda, en vez de hacerlo en centros y puestos de salud.
- En cuanto a los recursos humanos, éstos se concentran en la costa y en las grandes ciudades.

- En los últimos años se han incrementado los recursos humanos, habiendo sido asignados principalmente a centros de primer nivel, pero en condiciones inadecuadas de trabajo.
- Los programas públicos que atienden al Adulto mayor lo hacen dentro de los dirigidos a la atención de la población adulta pobre en general. Al momento no existe un programa especial para este grupo etáreo.
- La Seguridad Social y las FFAA cuentan con programas de atención y cuidados especiales para la población adulta mayor, pero estos servicios no son de libre acceso y tienen cobertura limitada (INTRA II, 2014).

Algunas ONGs han conformado diversas redes de trabajo que propician el desarrollo de organizaciones de adultos mayores, sensibilizan a la población sobre su problemática y desarrollan programas de asesoría jurídica, de jubilación y de salud (INTRA II, 2014).

#### ***1.2.3.7. La Geriatría en el Perú***

Actualmente El Colegio Médico reconoce la especialidad de Geriatría (Manrique de Lara, 2004).

Por tanto, es fácil de entender que cuando un país difícilmente puede asegurar las necesidades elementales de sus habitantes mayores, este país va a encontrar más dificultades en el caso de un aumento poblacional de gerontos. Es un gran error pretender separar el tema de la salud del cuadro más amplio del desarrollo (Manrique de Lara, 2004).

Las medidas para mejorar la situación de los adultos mayores en nuestro país, no se podrían realizar, aunque existieran los recursos financieros necesarios, por la falta de información confiable y la falta del perfil del envejecimiento en el Perú, así como de políticas y programas, de modo tal que sería imposible tomar decisiones responsables y calificadas (Manrique de Lara, 2004).

Bueno poco a poco se está tomando conciencia a pesar de muchas autoridades con falta de conocimiento, y de convencimiento que la población geronto merece atención especializada. Dicha responsabilidad en parte la tiene la universidad peruana que en los cursos de formación de los profesionales de la salud que tienen que ver con el adulto mayor, no les proporcionaron los cursos formales de Gerontología y Geriatria (Manrique de Lara, 2004).

La Universidad Peruana Cayetano Heredia desde 1989 implantó el curso regular obligatorio de Gerontología y Geriatria (Manrique de Lara, 2004).

Se establece para 1993 la especialidad de Geriatria escolarizada por el sistema de residentado médico con dos años de medicina interna, un año rotativo en especialidades afines a la geriatria y un año de permanencia en centros de cuidados de ancianos y atención domiciliaria (Manrique de Lara, 2004).

El cambio de actitud de los alumnos que llevaron el curso de gerontología y geriatria se refleja en el buen manejo del adulto mayor de parte de los externos, internos y médicos jóvenes que trabajan en hospitales generales y en clínicas privadas (Manrique de Lara, 2004).

La Marina de Guerra del Perú afiliada académicamente a la Universidad Peruana Cayetano Heredia cuenta desde 1986 con un moderno centro geriátrico de atención sectorizada para la comunidad naval, cumpliéndose las funciones de asistencia, docencia e investigación. Está ubicado anexo al Hospital General de la Marina (Manrique de Lara, 2004).

Otras universidades también dictan cursos de Post-grado en gerontología y geriatria.

Como se puede apreciar por todo lo expuesto las instituciones no gubernamentales, universidades, colonias extranjeras, sociedades, asociación de jubilados, etc., mantiene la

vocación de servicio, pero lamentablemente son esfuerzos no articulados dentro de un Plan Nacional, a veces con duplicidad de gastos en recursos materiales, y con desgaste del esfuerzo personal (Manrique de Lara, 2004).

Para ello se requiere llevar a cabo la investigación, con la encuesta preparada a nivel regional por la Organización Panamericana de la Salud, para conocer las necesidades médicas y sociales del país y poder así planificar, diseñar modelos, y desarrollar programas en beneficio de los gerontos del Perú (Manrique de Lara, 2004).

#### *Derechos Del Geronto peruano*

El Perú a través del Instituto Nacional de Bienestar Familiar (INABIF) y en coordinación con ASAMBLEA MUNDIAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO organizó un TALLER SEMINARIO del 30 de junio al 02 de julio de 1982, como evento preparatorio sobre el Envejecimiento donde se establecieron los DERECHOS del geronto peruano (Manrique de Lara, 2004).

1. Tener asegurada una renta suficiente para una vida decorosa.
2. Disponer de las más variadas formas de alojamiento y vivienda en Construcciones adecuadas y confortables, abiertas a la vida comunal.
3. Tener asegurada la alimentación y nutrición adecuadas.
4. Tener asegurado el acceso a la instrucción, la cultura y la recreación.
5. Disponer de facilidades en los medios de transporte para su desplazamiento Individual y grupal.
6. Los adultos mayores tienen derecho al cuidado de su salud.
7. Tener asegurado el cuidado de su salud mediante atención en servicios Especializados interdisciplinarios, y con mentalidad rehabilitadora.
8. Tener asegurada la adquisición y administración de medicina y otros Tipos de tratamientos.

9. Los adultos mayores tienen derecho a la participación social y convivencia humana.
10. Desempeñar trabajo productivo y actividad útil conjugando voluntad y Capacidad de trabajo.
11. Participar en organizaciones comunitarias de diversa índole.
12. Participar en la toma de decisiones, en relación con programas Organizados en su favor.
13. Organizarse para debatir y manifestar sus puntos de vista en relación a Los problemas que afectan al país y su comunidad local.
14. Tener asegurados en los medios de comunicación social, espacios Dedicados a los gerontos y participar en ellos.
15. Disponer de oportunidades para ofrecer su experiencia acumulada.
16. Disponer de facilidades para mantener vigente su participación en el Grupo social.
17. Recibir un trato de respeto y consideración cuales quiera que fuera su Estado físico y mental.
18. Disponer de facilidades para la práctica de sus credos religiosos.

Las naciones unidas en una conferencia sobre la situación de la tercera edad, remarco lo que se llaman, " los principios de las naciones unidas a favor del adulto mayor" y se consideraron las siguientes:

*INDEPENDENCIA.* - Acceso a alimentación agua vivienda, ropa y atención de salud adecuada, mediante ingresos por apoyo de sus familias, de la comunidad y por su propia autosuficiencia (Naciones Unidas, s.f.).

Ejemplo:

En Santiago de surco, se viene ejecutando un trabajo activo dirigido al adulto mayor a través del programa AMANECER CON ALEGRIA., donde se reúnen cambian experiencias, interactúan y organizan trabajos grupales los cuales generan oportunidad de trabajo y a su vez genera ingresos.

*PARTICIPACION.* -Ellos tienen el derecho a las oportunidades de prestar servicio a la comunidad y trabajar como voluntarios en puestos apropiados según sus intereses y capacidades (Naciones Unidas, s.f.).

*CUIDADOS.* - tienen derecho a disfrutar de los cuidados y la protección familiar, así también de atención de salud que lo ayude en su bienestar físico, emocional, así como contrarrestar o prevenir enfermedades (Naciones Unidas, s.f.).

*DIGNIDAD.* - tienen derecho a recibir un trato digno, de tal forma de sentirse seguros, sentirse libre de maltratos físicos o mentales (Naciones Unidas, s.f.).

#### ***1.2.3.8. Programas de atención a la población adulta mayor***

En el Perú existen programas públicos para la atención de los ancianos de escasos recursos, sin embargo, éstos, en la mayoría de casos, se encuentran inscritos dentro de programas integrales de atención a la población pobre que son desarrollados por organismos dependientes del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Humano (MIMDES) y del Ministerio de Salud (MINSA), así como por los programas desarrollados por municipalidades provinciales y distritales del país. Quizás las únicas excepciones las constituyan los denominados albergues u hogares que dependen de las Sociedades de Beneficencia, cuya actividad casi exclusivamente está concentrada en la atención del adulto menesteroso (INTRA II, 2014).+

#### ***1.2.3.9. Programas de alimentación***

Los programas de alimentación y nutrición en nuestro país están en su mayoría a cargo de cinco instituciones que pertenecen al MIMDES; estos programas no están dirigidos específicamente a la población Adulta Mayor (INTRA II, 2014).

La población Adulta Mayor de escasos recursos se beneficia de los programas de asistencia alimentaria del PRONAA en los comedores populares; cuando padecen tuberculosis, del Programa de Alimentación y Nutrición a Pacientes de TBC y Familiares; cuando residen en áreas rurales de extrema pobreza a través del programa del Vaso de Leche, aunque este programa prioriza la atención a niños de 0 a 6 años y madres gestantes y lactantes (INTRA II, 2014).

#### **1.2.4. El sistema de Seguridad Social**

En julio de 1980 por D.L. 23161 se creó el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), en cuyos artículos se señala como función cubrir a los asegurados y sus familiares contra los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, accidentes, vejez y muerte. Se señala también como objetivo la realización social del asegurado y su familia (Alvarado, 2001).

Hasta 1994 el Instituto Peruano de Seguridad Social se encargaba tanto de la Prestación de Servicios de Salud para la población asegurada y su familia como del otorgamiento de pensiones para la población en edad jubilatoria. En la actualidad, la Oficina de Normalización Previsional (ONP), como ente autónomo, es la encargada de administrar los recursos destinados a cubrir las necesidades de la población jubilada, vale decir, las pensiones de jubilación (Alvarado, 2001).

En 1999, sobre la base del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) se creó el Seguro Social de Salud (EsSalud) como organismo público descentralizado, adscrito al Sector Trabajo y Promoción Social, con autonomía técnica, administrativa, económica, financiera, presupuestal y contable (Alvarado, 2001).

EsSalud tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y a sus derechos habientes a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación,

rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos (Alvarado, 2001).

Los niveles de atención en EsSalud presentan una distribución similar a la del Ministerio de Salud, aunque cuenta adicionalmente con el Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) y con los Centros de Adultos Mayores (CAM).

El servicio de salud de la Seguridad Social brinda atención a los trabajadores, jubilados y familiares (cónyuges e hijos) que se encuentren en el sistema. Los beneficiarios constituyen un grupo minoritario, en el que los adultos mayores representan el 13% del total de asegurados. Éstos utilizan de manera importante los servicios de salud: consulta externa (25%), hospitalización (29%), emergencia (22%). En promedio utilizan el 25% del total de atenciones, sin contar los programas especiales que son aquellos orientados a enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes, osteoartrosis, asma y otros servicios exclusivos como el Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI), los Centros del Adulto Mayor (CAM) y las Unidades Básicas de Atención al Adulto Mayor (UBAAM) que elevan el uso de los servicios a un 30% en relación a los otros grupos poblacionales.

Los adultos mayores representan un incremento de 1.6% anual dentro de esta institución. En números absolutos, la población de Adultos mayores, cesantes jubilados titulares ascienden, en EsSalud, a 600,123; incluyendo los cónyuges se estima en 294,060 personas, alcanzando un total de 894,193 asegurados. Si bien todos los cónyuges no necesariamente son adultos mayores, asumimos que en su mayoría son contemporáneos (Alvarado, 2001).

Haciendo un cálculo aproximado, el aporte de los adultos mayores es de 84 millones de soles anuales, mientras que los costos de atención se elevan a cerca de 390 millones en el mismo periodo, subsidiándose el gasto en un 78.46% (INTRA II, 2014).

Los nuevos aportantes no pueden cubrir la brecha de gasto efectuado por las prestaciones que se brinda a los AM, problemática que se agudiza por los factores procedentes de la economía en crisis. El cambio cualitativo de ser Adultos mayores jubilados va acompañado de una disminución de sus aportaciones (Alvarado, 2001).

### **1.2.5. El sistema de pensiones**

El Sistema Nacional de Pensiones es un sistema social de reparto, es decir un sistema por el cual el financiamiento de las pensiones de jubilación, discapacidad y muerte se deberían garantizar en principio por las aportaciones de los trabajadores en actividad y por los rendimientos financieros del propio sistema. A diferencia del sistema de capitalización individual, este sistema tiene un efecto distributivo pues, en general, las pensiones que se pagan no dependen de los montos aportados (Remenyi y Vega Centeno, 1996).

El SNP en el Perú desde la creación del Seguro Social (Ley No. 8314 de 13 de junio de 1936, Art. 7) fue, en principio, concebido como un sistema tripartito en el que trabajadores, empleadores y el Estado eran los aportantes (Remenyi y Vega Centeno, 1996).

La contribución del Estado como tal y no como empleador estuvo incluso reconocida por la Constitución del Estado, de 1979 (Art. 14) pero nunca llegó a implementarse. De hecho, fue pues un sistema de contribución bipartita. Actualmente, a partir de la Ley NP 26504 (conocida como la Ley de Consolidación del Sistema Privado de Pensiones) de julio de 1995, los contribuyentes son solamente los trabajadores y además el rol del

Estado se ha establecido más bien como uno de carácter administrativo y regulador a través de la mencionada Oficina de Normalización Previsional (ONP) (INTRA II, 2014).

Si no hubiera afiliación al Sistema Privado, el SNP tendría carácter obligatorio para los trabajadores dependientes de los sectores público y privado y para algunos funcionarios cuyo cargo no es permanente, como el del presidente de la República, Ministros de Estado y otros (D.L. 22482) (INTRA II, 2014).

El SNP es de carácter facultativo para los trabajadores independientes; para los asegurados obligatorios que dejan de prestar servicios y que superan un tiempo mínimo de aportaciones; y, por último, para las amas de casa o madres de familia. A partir de la mencionada Ley de julio de 1995 son también asegurados obligatoriamente, en alguno de los sistemas, los trabajadores de las cooperativas, en razón de que son considerados como trabajadores dependientes (INTRA II, 2014).

La afiliación a alguno de los sistemas de pensiones es pues forzosa en el caso de los dependientes y está sujeta a decisión en el caso de los independientes.

La afiliación al SNP es obligatoria cuando el trabajador no está inscrito en el Sistema Privado de Pensiones (SPP) o si, cuando es nuevo, no elige este sistema (INTRA II, 2014).

Existe, además, la posibilidad de trasladarse del SNP al SPP y una reversibilidad limitada o bajo condiciones. En concreto, trabajadores afiliados al SNP pueden trasladarse al SPP y eventualmente retornar al SNP en condiciones y dentro de plazos preestablecidos (Art. 3Q de la Resolución No. 03593-EF/SAFP). En cuanto a las aportaciones, antes de la Ley 26504 éstas correspondían al asegurado (3%), al empleador (6%) y, en principio, al Estado (1%) pero a partir de julio de 1995, corresponden sólo al asegurado (11%) (Remenyi y Vega Centeno, 1996).

El mayor aporte ha sido compensado por el traslado al empleador del pago de otros aportes (fondo de salud, FONAVI); y por un incremento de su remuneración básica en 3.3% (Remenyi y Vega Centeno, 1996).

Un asegurado del SNP adquiere el derecho a percibir una pensión de jubilación al cumplir 65 años, edad superior a la que regía anteriormente (55 años para hombres y 50 para mujeres). Existe, como excepción, la posibilidad de un retiro anticipado para trabajadores cuyo desempeño implica mayor riesgo de vida o de salud. Igualmente, en la actualidad si bien se reconoce la opción de una jubilación anticipada, se ha introducido la posibilidad de modificar las condiciones para obtenerla y la eventual mayor aportación de los presuntos beneficiarios. Por otra parte, un afiliado al SNP puede beneficiar de una Pensión de \$ Invalidez, una vez acreditada la condición y, los deudos con derecho pueden obtener una Pensión de Sobrevivientes, es decir, de viudez o de orfandad. Finalmente, los pensionistas de jubilación, invalidez y sobrevivencia señalados en el D.L. 25897, se encuentran comprendidos como asegurados obligatorios del Régimen de Prestaciones de Salud establecido por el D.L. 22482, en las mismas condiciones (prestaciones) que los trabajadores activos del SNP (Remenyi y Vega Centeno, 1996).

En cuanto a las aportaciones corresponden al 4% de la pensión de invalidez o jubilación, según el caso. Dentro del SNP, existe la posibilidad de prestaciones médicas y económicas en razón de incapacidad temporal, incapacidad permanente temporal, incapacidad permanente total, por incapacidad grave o por muerte debida a accidentes de trabajo o a enfermedades profesionales (Remenyi y Vega Centeno, 1996).

#### *EL SISTEMA PREVISIONAL EN EL PERU*

El Sistema Privado de Administración de Fondos de Pensiones El Sistema Privado de Pensiones ha sido creado en 1992 (D.L. No. 25897) como una alternativa y una solución de problemas del sistema de previsión social, en lo que a pensiones se refiere.

El sistema está conformado por las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), empresas que reciben o recaudan los aportes de los afiliados, administran los fondos y, obligatoriamente, les otorgan prestaciones de jubilación, invalidez, sobrevivencia y sepelio. A diferencia del SNP, el SPP no implica afiliación forzosa. Como se ha señalado antes, lo forzoso para los trabajadores dependientes es la afiliación en uno de los dos sistemas, pero si el trabajador nuevo no comunica en 10 días, en qué AFP está afiliado, el empleador deberá afiliarlo en la AFP que tenga la mayoría de sus empleados. Pueden afiliarse trabajadores dependientes o independientes, peruanos y extranjeros, e independientemente del trabajo que realicen. Además, pueden afiliarse los peruanos que trabajan en el exterior, sea dependiente o independientemente; y como en el caso del SNP, a partir de la vigencia de la Ley No. 26504, los trabajadores de las cooperativas (INTRA II, 2014).

Ahora bien, puesto que al crearse el SPP en 1993, existía un volumen de afiliados al SNP, se abrió la posibilidad de traslado. En otras palabras, un afiliado al SNP podía optar por su permanencia o bien, incorporarse al SPP, eligiendo una AFP. En este caso, la desafiliación al SNP se produce luego de un período en que se había aportado y, por lo mismo, generado derechos; Es importante recordar que antes de la Ley 26504 los aportes en el SPP eran mayores, por lo que se había otorgado un incremento de remuneraciones, como compensación, y, además, existía una “contribución de solidaridad” al IPSS de 1%, que ha sido derogada por el mismo dispositivo legal. Todo esto hacía más costosa la afiliación al SPP tanto para el trabajador como, para el empleador (INTRA II, 2014).

El sistema privado, las AFP, deben asegurar las pensiones de jubilación cuyo monto se calcula en base al saldo que arroje la Cuenta Individual de Capitalización en el momento de pasar a la condición de pensionista.

*EL SISTEMA PREVISIONAL EN EL PERU.* - Las pensiones de invalidez puede adoptar las mismas modalidades alternativas que las de jubilación y deberían compensar limitaciones de invalidez parcial o total y en forma temporal o permanente. Finalmente, la pensión de sobrevivencia alcanza a los herederos forzosos de trabajadores que no se habían jubilado, dentro del SPP, al momento de su muerte y de aquellos jubilados que hubieran optado por alguna modalidad que no fuera la de Renta Vitalicia Personal (INTRA II, 2014).

### III. MÉTODO

#### 3.1. Tipos de investigación

El siguiente informe se adscribe a una investigación descriptiva y aplicada en donde emplea la recolección de datos que explica las diferentes situaciones del sujeto (en este caso el adulto mayor) precisando su naturaleza, lo cual sirvió para describir que condicionantes existieron, los comportamientos sociales, rangos de edad, opiniones políticas, preferencias y compararlo con lo que existe actualmente en torno a un contexto integral y proyectándonos a un futuro próximo, con el fin encontrar soluciones significativas que se ajuste a las necesidades previstas y que sean aplicadas mediante una propuesta arquitectónica que plasme dichos resultados, logrando el objetivo buscado. Este tipo de investigación permite establecer relación entre dos o más variables que contribuyen al conocimiento.

#### 3.2. Ámbito temporal y espacial

##### Ámbito espacial

El estudio se centra en la ciudad de Lima, ya que la capital centra el mayor porcentaje de PAM según INEI, 2017), un escenario perfecto para contextualizar la preocupante situación de los adultos mayores y analizar sus problemáticas de habitabilidad, requerimientos de espacio urbano e infraestructura.

##### Ámbito temporal

El desarrollo de esta propuesta investigativa se llevó a cabo desde el mes de Octubre del año 2017 hasta septiembre del año 2018, tomando como referentes, las situaciones del pasado y partiendo de la revisión actualizada de las fuentes bibliográficas, por lo que hemos podido sumergirnos en los diferentes planteamientos teóricos y metodológicos de la geografía social del envejecimiento, abordando las problemáticas, compromisos y retos

de la actualidad, puesto que los cambios demográficos que se vienen presentando, indica que la tasa de mortalidad y natalidad han disminuido, y como resultante se da el crecimiento de la población adulta mayor, ocasionando que la esperanza de vida valla en aumento.

Por lo tanto, se busca una propuesta actual e innovadora, proyectándonos y preparándonos para un futuro.

### 3.3. Variables

En relación a la problemática existente y según el objetivo general, se identifica como variable matriz **EL BIENESTAR EN EL ENVEJECIMIENTO DEL ADULTO MAYOR que**, según las proyecciones de crecimiento de la PAM y la esperanza de vida, dependerá de otras características o factores, propios del sujeto y su contexto. Las que se podrían definir como variables dependientes ejemplo:

- **Las políticas de estado y Los planes municipales y gubernamentales de los gobiernos de turno** quienes priorizan otras necesidades de la población ignorando la de los adultos mayores y relegándolos a una vida confinados en sus casas o en centros de cuidado improvisado.

- **Aislamiento y marginación en la vida familiar y social del adulto mayor;** Los sentimientos de soledad y aislamiento generados por la indiferencia de la sociedad y el de la propia familia, genera actitudes contraproducentes que conllevan a la aparición y/o agudización de enfermedades tales como la depresión y la baja autoestima.

-**Características propias del sujeto;** es decir los factores intrínsecos, genéticos hereditarios, hábitos o actitudes personales, estilo de vida, cuidados preventivos de salud, mantenimiento, estimulación nutrición, espiritualidad, apego al lugar.

**-Factores psicosociales;** por el abandono de la actividad laboral, falta de seguridad e ingresos económicos, poca participación social, falta de aspiraciones por los perjuicios de la edad.

### **3.4. Población y muestra**

El estudio se centrará en la población adulta mayor (PAM) en la ciudad de Lima, pero seleccionaremos como muestra objetiva la población económicamente activa en el extracto social A y B

#### **3.4.1. Datos Socioeconómico del Adulto Mayor en LIMA**

En la actualidad las poblaciones con mayor poder adquisitivo del país (niveles socioeconómicos A/B) por departamentos se encuentran en la ciudad de Lima con un 25.7% de su población (2'978,989 hab.), luego le sigue Arequipa 16.2% de su población (247,195.80 hab.) y la Libertad con un 8.5% de su población (166,311 hab.).

De lo anterior se puede evidenciar que la ciudad de Lima concentra la mayoría de la población de nivel socioeconómico tipo A/B. (Ver cuadro 1).

Perú 2019: APEIM estructura socioeconómica de la población según departamento (Urbano + Rural)					
DEPARTAMENTO	Población (miles de personas)	Estructura socioeconómica APEIM (% horizontal)			
		AB	C	D	E
	Mls.	%	%	%	%
Amazonas	419.3	1.9	12.3	21.6	64.2
Ancash	1,193.4	4.9	25.9	27.1	42.1
Apurímac	447.7	1.8	8.3	17.0	72.9
Arequipa	1,525.9	16.2	38.4	32.2	13.2
Ayacucho	680.8	2.2	7.5	20.6	69.7
Cajamarca	1,480.9	2.6	8.6	18.2	70.6
Cusco	1,336.0	4.8	10.5	19.4	65.3
Huancavelica	383.2	0.3	3.8	10.8	85.1
Huanuco	799.0	3.3	10.4	18.1	68.2
Ica	940.4	10.0	41.4	41.0	7.6
Junín	1,378.9	3.8	16.0	28.7	51.5
La Libertad	1,965.6	8.5	26.6	28.5	36.4
Lambayeque	1,321.7	8.1	25.5	33.9	32.5
Lima	11,591.4	25.7	41.4	25.5	7.4
Loreto	980.2	2.7	17.2	22.7	57.4
Madre de Dios	157.4	4.0	17.3	40.7	38.0
Moquegua	192.6	12.1	36.3	29.4	22.2
Pasco	282.1	1.7	11.8	31.8	54.7
Piura	2,053.9	4.1	21.8	37.7	36.4
Puno	1,296.5	2.5	10.2	22.7	64.6
San Martín	902.8	3.3	16.6	31.4	48.7
Tacna	364.7	10.1	40.4	39.0	10.5
Tumbes	249.1	5.9	28.2	38.9	27.0
Ucayali	552.0	2.6	14.8	36.9	45.7
<b>TOTAL PERÚ</b>	<b>32,495.5</b>	<b>12.4</b>	<b>27.1</b>	<b>26.8</b>	<b>33.7</b>

FUENTE: APEIM. Estructura socioeconómica de personas según departamentos - Agosto 2018  
 APEIM: Asociación de Empresas de Investigación de Mercados  
 ELABORACION: Departamento de Estadística - C.P.I.

En setiembre del 2017 APEIM decide actualizar la fórmula de niveles socioeconómicos. Para ello se analiza cada variable de la fórmula para medir su variación y poblamiento en el tiempo. De ese análisis se concluyó que las variables seguían discriminando a los hogares por características socioeconómicas. Otra conclusión fue, que era necesario reagrupar las categorías en algunas variables. Por último, se decide incluir en la nueva fórmula variables de servicios públicos como: teléfono fijo, internet y televisión por cable.

*Cuadro N° 1. Perú 2019: Estructura Socioeconómica de la población según departamento (Urbano + Rural)*

Lima metropolitana 2019: Población y hogares según distritos (En miles de personas/ hogares)				
No.	DISTRITO	Población	%	Hogares
1	San Juan de Lurigancho	1,157.6	11.0	286.7
2	San Martín de Porres	724.3	6.8	183.7
3	Ate	667.2	6.3	172.5
4	Comas	575.8	5.4	137.9
5	Villa María del Triunfo	442.2	4.2	107.7
6	Villa El Salvador	437.1	4.1	99.0
7	San Juan de Miraflores	393.3	3.7	92.9
8	Puente Piedra	367.7	3.5	91.5
9	Carabaylo	365.8	3.5	89.4
10	Los Olivos	360.5	3.4	93.3
11	Santiago de Surco	360.4	3.4	103.5
12	Chorrillos	347.9	3.3	86.3
13	Lima	294.4	2.8	81.1
14	Lurigancho	267.6	2.5	69.2
15	Independencia	233.5	2.2	56.4
16	El Agustino	220.6	2.1	54.0
17	Santa Anita	217.9	2.1	58.1
18	Rimac	192.3	1.8	50.2
19	La Victoria	191.1	1.8	52.9
20	San Miguel	170.3	1.6	47.6
21	La Molina	154.0	1.5	41.4
22	San Borja	122.9	1.2	35.7
23	Pachacamac	121.5	1.1	31.5
24	Miraflores	107.8	1.0	38.4
25	Surquillo	99.6	0.9	30.1
26	Lurin	97.9	0.9	24.6
27	Brena	93.4	0.9	26.2
28	Magdalena Vieja	90.7	0.9	27.0
29	Jesus María	82.0	0.8	24.3
30	Ancon	70.1	0.7	18.3
31	Magdalena del Mar	65.8	0.6	19.8
32	San Isidro	65.5	0.6	21.4
33	Lince	59.6	0.6	18.6
34	San Luis	57.2	0.5	15.1
35	Chaclacayo	47.1	0.4	11.6
36	Cieneguilla	38.3	0.4	10.0
37	Barranco	37.5	0.4	11.8
38	Santa Rosa	31.0	0.3	9.1
39	Punta Hermosa	17.6	0.2	6.0
40	Pucusana	16.5	0.2	4.6
41	San Bartolo	8.1	0.1	2.2
42	Punta Negra	7.8	0.1	2.1
43	Santa María del Mar	1.1	0.0	0.3
<b>TOTAL PROVINCIA DE LIMA</b>		<b>9,480.5</b>	<b>89.8</b>	<b>2,444.0</b>
44	Callao	498.9	4.6	123.9
45	Ventanilla	351.7	3.3	88.8
46	Bellavista	81.7	0.8	20.8
47	La Perla	67.0	0.6	18.1
48	Mi Perú	50.5	0.5	12.0
49	Carmen de la Legua Reynoso	46.5	0.4	11.9
50	La Punta	4.1	0.0	1.3
<b>TOTAL PROVINCIA DEL CALLAO</b>		<b>1,100.4</b>	<b>10.2</b>	<b>276.8</b>
<b>TOTAL LIMA METROPOLITANA</b>		<b>10,580.9</b>	<b>100.0</b>	<b>2,720.8</b>

FUENTE: I.N.E.I. - Estimaciones y proyecciones de población en base al Censo 201  
 ELABORACION: DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA - C.P.I.

*Cuadro N° 2. Lima Metropolitana 2019: Población y hogares según distritos*

En cuanto a la población por segmentos de edad por departamentos también apreciamos que la ciudad de Lima es la que tiene mayor cantidad de personas de 56 años a + respecto al resto de departamentos así tenemos que tiene 1'734,200 habitantes frente a 274,600 de Piura o de 275,500 de La Libertad, (Ver cuadro 3)

Cuadro N° 3								
Perú 2019: Población por segmentos de edad según departamentos								
(En miles de personas)								
DEPARTAMENTO	Población	%	Segmentos de edad					
			00-05 años	06-12 años	13-17 años	18-24 años	25-39 años	40-55 años
Lima	11,591.4	35.6	1,046.3	1,224.8	914.3	1,477.4	2,919.0	2,275.4
Piura	2,053.9	6.2	243.7	288.6	194.7	238.1	454.9	359.3
La libertad	1,965.6	6.0	218.9	256.8	175.8	247.3	444.2	347.1
Arequipa	1,525.9	4.7	147.5	166.8	122.8	193.6	377.0	295.7
Cajamarca	1,480.9	4.6	167.5	209.4	146.9	160.6	331.8	260.5
Junin	1,378.9	4.2	150.5	182.0	135.4	174.7	316.1	236.6
Cusco	1,336.0	4.1	136.7	170.0	137.6	166.1	306.5	242.7
Lambayeque	1,321.7	4.1	145.2	167.2	119.3	166.2	286.6	242.1
Puno	1,296.5	4.0	120.8	153.3	124.2	164.9	301.0	237.7
Ancash	1,193.4	3.7	125.2	154.0	109.2	135.1	262.7	221.6
Loreto	980.2	3.0	137.4	173.2	105.0	103.9	203.6	152.5
Ica	940.4	2.9	105.6	118.6	78.0	117.4	222.7	170.4
San martin	902.8	2.8	110.9	134.0	86.9	102.1	209.3	158.8
Huanuco	799.0	2.5	90.9	113.8	84.2	99.6	175.4	133.6
Ayacucho	680.8	2.1	72.7	92.2	73.0	84.8	150.9	115.0
Ucayali	552.0	1.7	76.5	89.1	53.5	64.6	125.3	88.5
Apurimac	447.7	1.4	47.8	62.3	46.2	51.3	97.3	78.3
Amazonas	419.3	1.3	52.6	64.1	43.8	45.2	91.7	71.1
Huancavelica	383.2	1.2	42.4	55.3	45.9	44.5	74.7	62.9
Tacna	364.7	1.1	32.2	39.9	30.4	46.2	94.5	74.3
Pasco	282.1	0.9	30.6	38.2	25.2	36.1	69.1	49.7
Tumbes	249.1	0.8	29.4	34.1	22.1	28.7	58.4	45.8
Moquegua	192.6	0.6	17.5	21.4	15.3	21.5	47.1	40.0
Madre de dios	157.4	0.5	19.7	22.5	13.0	19.2	43.4	26.8
<b>TOTAL</b>	<b>32,495.5</b>	<b>100.0</b>	<b>3,368.5</b>	<b>4,031.6</b>	<b>2,902.7</b>	<b>3,989.1</b>	<b>7,663.2</b>	<b>5,986.4</b>

FUENTE: I.N.E.I. - Estimaciones y proyecciones de población en base al Censo 2017  
ELABORACION: DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA - C.P.I.

*Cuadro N° 3. Perú 2019: Población por segmentos de edad según departamentos*

En cuanto a Lima Metropolitana los distritos más poblados son aquellos donde predomina el nivel socioeconómico “C” como son San Juan de Lurigancho, San Martín de Porres, Ate, Comas, etc.

La población por segmento de edad, en nuestro caso es significativa dentro de Lima Metropolitana siendo el 14.9% del total de la población mayores de 56 años a + (equivalente a 1'581,300 habitantes) por lo cual es un gran universo que necesita ser atendido. (Ver Gráfico 1)

La población socioeconómica de Lima Metropolitana está distribuida de la siguiente manera:

Nivel Socioeconómico A/B con el 28% de la población ( 2'922,800 hab.)

Nivel Socioeconómico C con el 42% de la población (4'507,100 hab.)

Nivel Socioeconómico D con el 24% de la población (2'553,200 hab.)

Nivel Socioeconómico F con el 6% de la población (597,800 hab.)

De lo cual se desprende que la población con el nivel socioeconómico C es la más importante seguido de los niveles socioeconómicos A/B que también contiene un importante porcentaje de habitantes, (Ver gráfico 2)

En cuanto a la población por sexo y segmentos de edad de Lima Metropolitana según el cuadro N° 4 se aprecia que a nivel general la población femenina es mayor que la masculina lo cual se acentúa en los segmentos de edad de 40 a 55 años y de 56 a + años.

La población por sexo y segmentos de edad de Lima Metropolitana según nivel socioeconómico apreciamos que la mayoría de las personas de 56 años a + están en el nivel socioeconómico C (645,700 hab.) seguido del Nivel Socioeconómico A/B (526,400 hab.) (Ver cuadro N°5)

### Lima metropolitana 2019: Hogares y población por sexo y segmentos de edad según nivel socioeconómico

(En miles de personas)

NSE	Hogares		Población		Población por segmentos de edad						
	Mls.	%	Mls.	%	00-05 años	06-12 años	13-17 años	18-24 años	25-39 años	40-55 años	56-+ años
A/B	759.1	27.9	2,922.8	27.7	228.9	272.2	212.8	355.9	722.0	604.6	526.4
C	1,123.7	41.3	4,507.1	42.6	408.9	478.8	358.1	585.5	1149.5	880.6	645.7
D	663.9	24.4	2,553.2	24.1	244.3	282.5	207.8	337.1	658.0	488.2	335.3
E	174.1	6.4	597.8	5.6	59.6	68.6	49.8	78.9	153.9	113.1	73.9
<b>TOTAL LIMA METROPOLITANA</b>	<b>2,720.8</b>	<b>100.0</b>	<b>10,580.9</b>	<b>100.0</b>	<b>941.7</b>	<b>1,102.1</b>	<b>828.5</b>	<b>1,357.4</b>	<b>2,683.4</b>	<b>2,086.5</b>	<b>1,581.3</b>

FUENTE: APEIM - Estructura socioeconómica 2018  
I.N.E.I. - Estimaciones y proyecciones de población en base al Censo 2017  
ELABORACIÓN: DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA - C.P.I.

*Cuadro N° 4. Lima Metropolitana 2019: Hogares y Población por sexo y segmentos de edad según nivel socioeconómico*

Lima metropolitana 2019: Estructura socioeconómica de la población por zonas geográficas							
Zonas	Distritos	Población		Estructura socioeconómica (% horizontal)			
		Miles	% sobre total	AB	C	D	E
LIMA NORTE	Carabayllo, Comas, Independencia, Los Olivos, Puente Piedra, San Martín de Porres	2,627.6	24.8	22.9	44.1	27.6	5.4
LIMA CENTRO	Breña, La Victoria, Lima, Rímac, San Luis	828.4	7.8	33.1	43.3	20.2	3.5
LIMA MODERNA	Barranco, Jesús María, La Molina, Lince, Magdalena del Mar, Miraflores, Pueblo Libre, San Borja, San Isidro, San Miguel, Santiago de Surco, Surquillo	1,416.0	13.4	76.8	17.4	4.5	1.3
LIMA ESTE	Ate, Chaclacayo, Cieneguilla, El Agustino, Lurigancho, San Juan de Lurigancho, Santa Anita	2,616.4	24.7	17.7	45.7	29.6	7.0
LIMA SUR	Chorrillos, Lurín, Pachacamac, San Juan de Miraflores, Villa el Salvador, Villa María del Triunfo	1,839.8	17.4	13.3	53.4	27.4	5.9
CALLAO	Bellavista, Callao, Carmen de la Legua Reynoso, La Perla, La Punta, Mi Perú, Ventanilla	1,100.4	10.4	21.7	45.9	23.6	8.8
BALNEARIOS	Ancón, Pucusana, Punta Hermosa, Punta Negra, San Bartolo, Santa María del Mar, Santa Rosa	152.4	1.4	9.7	39.9	37.7	12.7
<b>TOTAL LIMA METROPOLITANA</b>		<b>10,580.9</b>	<b>100.0</b>	<b>27.7</b>	<b>42.6</b>	<b>24.1</b>	

FUENTE: APEIM - Estructura socioeconómica 2018  
ELABORACIÓN: DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA - C.P.I.

*Cuadro N° 5. Lima Metropolitana 2019: Estructura Socioeconómica de la población por zonas geográficas.*

La estructura socioeconómica de la población por zonas geográficas en todas las zonas excepto la de Lima Moderna predomina el nivel socioeconómico C mientras que en la zona de Lima Moderna predomina el nivel socioeconómico A/B. (Ver cuadro N°6)

De las zonas de Lima Moderna los distritos donde predomina el nivel A y B son: Miraflores, San Isidro, San Borja Santiago de Surco y La Molina. (Ver cuadro N° 7)

De todo lo anterior se resume que Lima Metropolitana la mayor población de 56 años a + y donde se concentra la mayoría de la población de nivel socioeconómico tipo A/B, respecto al resto del país.

Así también Lima metropolitana cuenta con mayor población de nivel socioeconómico C seguido por los niveles A/B, D y E.

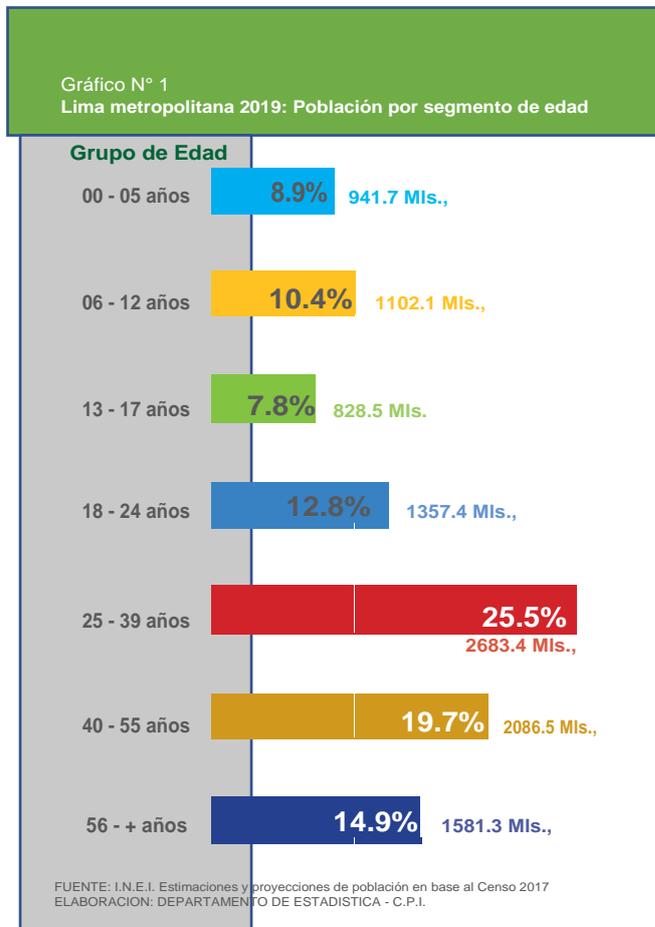
La mayor cantidad de población de Lima Metropolitana de 56 años a + se halla en el nivel socioeconómico C seguido por los niveles A/B, D y E.

Lima metropolitana 2019: APEIM estructura socioeconómica de la población por zonas geográficas								
	Zonas	Población		Estructura socioeconómica (% horizontal)				
		Miles	%	A	B	C	D	E
1	Puente Piedra, Comas, Carabayllo.	1,309.3	12.4	0.0	14.6	39.7	36.6	9.1
2	Independencia, Los Olivos, San Martín de Porras.	1,318.3	12.5	2.1	28.3	47.6	19.9	2.1
3	San Juan de Lurigancho.	1,157.6	10.9	1.1	21.5	44.6	25.3	7.5
4	Cercado, Rimac, Breña, La Victoria.	771.2	7.3	2.5	29.9	43.9	21.5	2.2
5	Ate, Chaclacayo, Lurigancho, Santa Anita, San Luis, El Agustino.	1,477.6	14.0	1.4	11.6	45.6	33.3	8.1
6	Jesús María, Lince, Pueblo Libre, Magdalena, San Miguel.	377.7	3.6	16.2	58.1	20.5	3.5	1.7
7	Miraflores, San Isidro, San Borja, Surco, La Molina.	810.6	7.7	35.9	43.2	13.6	6.3	1.0
8	Surquillo, Barranco, Chorrillos, San Juan de Miraflores.	878.3	8.3	2.0	29.1	48.8	17.3	2.8
9	Villa El Salvador, Villa María del Triunfo, Lurín, Pachacamac.	1,098.7	10.4	0.5	7.9	52.2	31.6	7.8
10	Callao, Bellavista, La Perla, La Punta, Carmen de la Legua, Ventanilla y Mi Perú	1,100.4	10.4	1.4	19.0	46.0	24.4	9.2
11	Cieneguilla y Balnearios	190.5	1.8	0.0	9.9	47.6	32.7	9.8
<b>TOTAL LIMA METROPOLITANA</b>		<b>10,580.9</b>	<b>100.0</b>	<b>4.3</b>	<b>23.4</b>	<b>42.6</b>	<b>24.1</b>	<b>5.6</b>

FUENTE: APEIM - Estructura socioeconómica 2018  
ELABORACIÓN: DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA - C.P.I.

*Cuadro N° 6. Lima Metropolitana 2019: APEIM estructura socioeconómica de la población por zonas geográficas*

Los distritos donde se concentran las personas mayores de 56 años a + y de nivel socioeconómico A/B son Miraflores, San Isidro, San Borja Santiago de Surco y La Molina en primer término y en segundo orden los distritos de Jesús María, y Lince.



**Lima metropolitana 2019: Población por sexo y segmentos de edad**

GRUPO DE EDAD	Total		HOMBRES		MUJERES	
	Miles	%	Miles	%	Miles	%
00 - 05 años	941.7	8.9	481.3	9.2	460.4	8.6
06 - 12 años	1,102.1	10.4	561.9	10.7	540.2	10.1
13 - 17 años	828.5	7.8	420.4	8.0	408.1	7.7
18 - 24 años	1,357.4	12.8	692.2	13.2	665.2	12.5
25 - 39 años	2,683.4	25.5	1,348.8	25.7	1,334.6	25.0
40 - 55 años	2,086.5	19.7	1,020.1	19.4	1,066.4	20.0
56 - + años	1,581.3	14.9	722.7	13.8	858.6	16.1
<b>TOTAL</b>	<b>10,580.9</b>	<b>100.0</b>	<b>5,247.4</b>	<b>100.0</b>	<b>5,333.5</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: I.N.E.I. - Estimaciones y proyecciones de población en base al Censo 2017  
ELABORACIÓN: DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA - C.P.I.

Figura 5. Lima Metropolitana 2019: Población por segmentos de edad

Cuadro N° 7. Lima Metropolitana 2019: Población por sexo y segmentos de edad

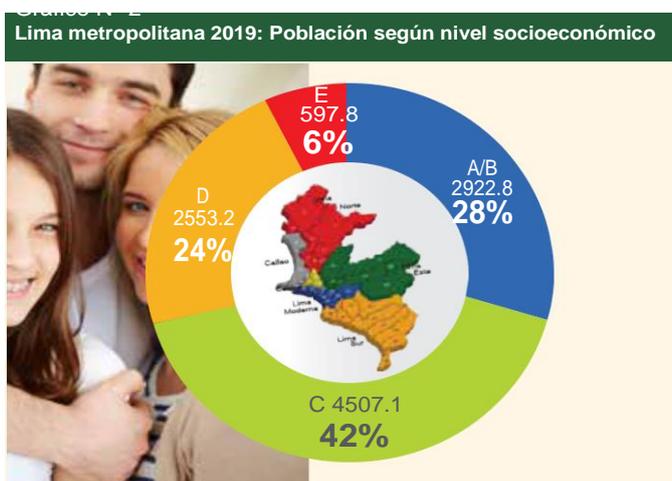


Figura 6. Lima Metropolitana 2019: Población según nivel socioeconómico.

### 3.5. Instrumentos

Para realizar el estudio de la población adulta mayor (PAM) no se ha considerado como instrumentos las encuestas, pero me he guiado de la data existente, investigaciones de tesis anteriores, estadísticas actualizadas comparadas con tiempos pasados, referencias y visitas a centros geriátricos existentes en la ciudad de lima, así también a través de análisis documental, observación, evaluación y estadística existente usando los siguientes recursos

- Libros de geriatría y gerontología
- Informes, recolección de antecedentes Internet - información de infraestructuras y especialistas geriátricos
- Revistas y Periódicos actualizados acerca del proyecto.
- Fotografías y videos del área y alrededores.
- Mapas (Topografía del terreno, Catastrales, etc.)
- Planos (Arquitectura, especialidades)
- Cuadros Estadísticos, según censo 2017 del INEI y datos APEIM

Por lo tanto, todo lo revisado me ha permitido tener un panorama más amplio de la problemática existente que enfrenta el adulto mayor, así también determina que existe una visión positiva, tomando conciencia de los cuidados oportunos y las condicionantes adecuadas, puesto que ayudan a **contrarrestar** los deterioros propios de la vejez, de tal forma de fortalecerse para lograr una vida digna hasta los últimos días del ciclo natural de la vida.

### 3.6. Procedimientos

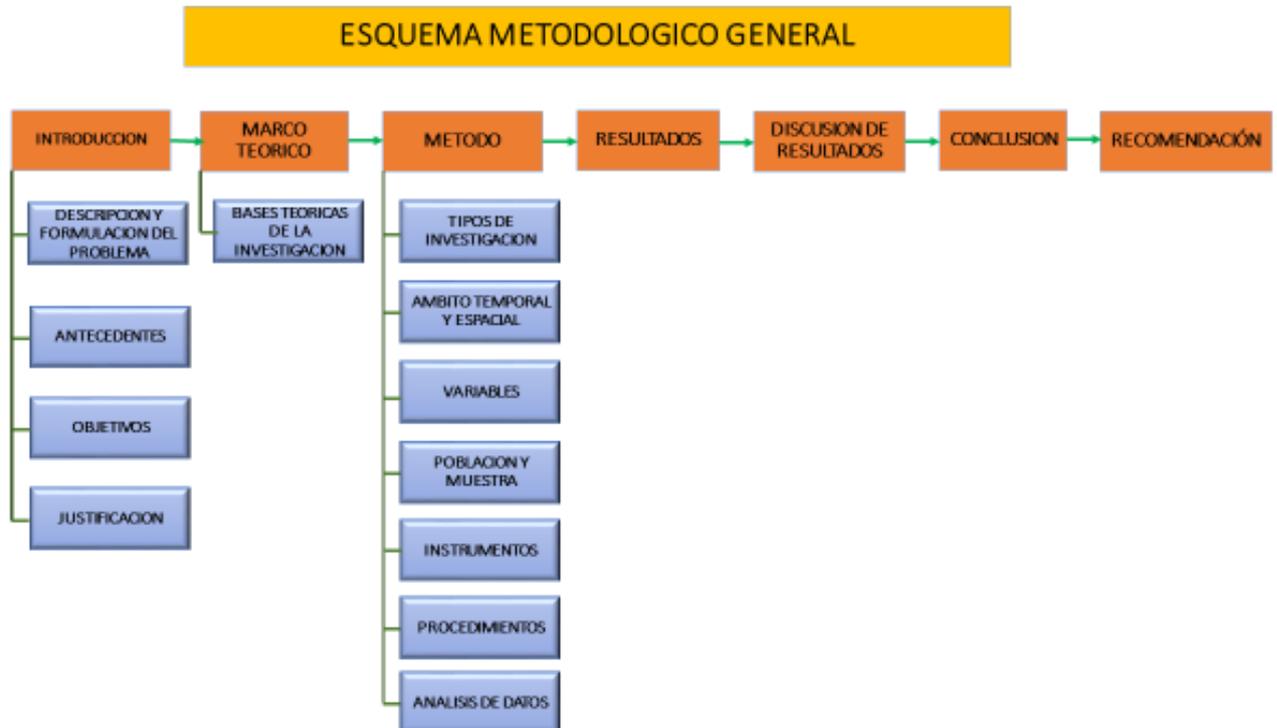


Figura 7. Esquema metodológico general  
Fuente: Elaboración propia



Figura 8. Esquema metodológico de la propuesta

Fuente: Elaboración propia

### **\*. Fuentes consultadas**

Se basan principalmente en tres modalidades:

Fuentes Primarias: Información por contacto directo con el sujeto de estudio por medio de observación, cuestionarios, entrevistas, encuestas realizadas a los adultos mayores a donde está dirigido el Centro de Bienestar, así como el análisis de sus necesidades o expectativas.

Fuentes Secundarias: Información obtenida por, expedientes académicos y datos estadísticos del INEI específicas a nivel de población de Lima Norte y del distrito de Surco, así también información bibliográfica, principalmente obtenida en el internet.

Se recolecto planos de la zona, información climática, geológica referencial, Información técnica del Ministerio de Turismo, Industria, Comercio e Integración (MITINCI) y del Reglamento Nacional de Edificaciones (RNE), en cuanto a la metodología para diseños de unidades de hospedaje, normas técnicas para proyectos de arquitectura hospitalaria Ministerio de Salud (MINSa).

Revisión de expedientes de diseño a nivel nacional y extranjero por medio de revistas, planos, tesis existentes, etc.

### **\*. Definición del proyecto**

#### **Alcances y limitaciones**

##### Alcances

- Estará dirigido a adultos mayores de la tercera y cuarta edad, de nivel Socio económico Ay B
- Dirigido al alojamiento, rehabilitación y recreación del adulto mayor en la sociedad basado en el Reglamento de establecimientos de hospedaje adulto mayor, R.N.E., Parámetros Urbanísticos y Edificatorios
- Según una proyección financiera, mostrando su viabilidad y demanda se da la conclusión de un proyecto perdurable y rentable.
- Limitaciones
- La determinación de la demanda del servicio está basada exclusivamente en la información estadística de los sectores estudiados de Lima Norte, y principalmente en los distritos de NSE B y C.

- Existe limitaciones en este tema por la poca información, y según las estadísticas el poco personal que se especializa en todos los aspectos para dar atención ideal al adulto mayor.
- Falta a nivel del país una unidad orgánica, normativa y coordinadora intersectorial que trace el perfil del envejecimiento en el Perú, tal como se ha realizado en otros países
- 3.7. Análisis de datos

Según las fuentes consultadas se analizarán diversos aspectos de las necesidades del adulto mayor que puedan ser atendidas según el objetivo esperado:

### **3.7.1. Análisis Del Usuario (Adulto Mayor)**

De acuerdo a los datos obtenidos tenemos que:

- Adulto mayor según la OMS son aquellas personas de 60 años en adelante para los países en vías de desarrollo como es nuestro caso.
- Durante la historia del Perú las personas adultas mayores han sido considerados desde personajes muy importantes hasta convertirse en una carga para la sociedad, en la actualidad se está viendo el tema del envejecimiento, no solo en temas de salud, sino también en temas de su desarrollo y humanitario.
- En el Perú no existe una política que este destinado al adulto mayor y por el contrario se desvincula de los organismos de las Naciones Unidas para el envejecimiento.
- La población de adultos mayores en el Perú se ha ido incrementando ya que se calcula que para el 2025 este segmento de la población alcanzara el 13.27%, si comparamos que en el censo de 1993 alcanzaba el 6.34% se aprecia un notable incremento.
- Así también la expectativa de vida de esta población ha aumentado si tenemos en cuenta que en el año de 1970 era de 53 años, en el 2004 era de 70 años y se prevé que para el 2025 sea de 75 años (Zapata Talavera, 2017).
- De acuerdo a los datos obtenidos del INEI en el 2018 tenemos:
  - El 42.2% de los hogares del Perú hay un adulto mayor (de 60 años a más).
  - El 14.8% de la población adulta mayor no cuenta con estudios básicos o solo a nivel inicial, el 40.7% solo educación primaria, el 25.7% educación secundaria y el 18.8% estudios superiores.

- El 99.4% tienen Documento Nacional de Identidad.
- El 28.8% es beneficiaria del programa “pensión 65”.
- En Salud el 82.6% de los adultos mayores de género femenino presentan problemas de salud crónica en el caso de los varones es del 69.9%
- En lo que es actividad económica y trabajo las PAM representan al 56.1% de la Población económicamente activa (PEA)
- El 41.7% de adultos mayores se encuentra en nivel de pobreza y el 19.5% en pobreza extrema.
- Existen programas de atención a las PAM las cuales son atendidos por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMDES) y el Ministerio de Salud (MINSA), Las Municipalidades y los albergues y hogares dependientes de la Beneficencia Pública, no habiendo lugares adecuados donde puedan tener una buena calidad de vida donde existan cuidados de su salud, recreación y vivienda.
- Los adultos mayores de menores recursos tienen programas de alimentación a cargo del PRONAA

### **3.7.2. Análisis Del Envejecimiento**

De acuerdo a los datos obtenidos tenemos que:

- La población peruana está experimentando cambios significativos tanto es así que en la década de los 50 de cada 100 personas 42 eran menores de 15 años, para el año 2016 de cada 100 personas solo 28 son menores de 15 años, es decir el porcentaje de personas menores se redujo drásticamente, por el otro lado la población de adultos mayores creció de 5.5% en el año de 1950 a 9.9% en el año 2016 (INTRA II, 2014)
- Existen varios tipos de envejecimiento, de los cuales el Envejecimiento Activo es el que más beneficios trae a la población adulta mayor, debido a su participación continua dentro de la sociedad.
- El envejecimiento es Universal, Irreversible, deletéreo, Heterogéneo, individual e intrínseco.
- Las teorías del envejecimiento se dividen en dos grandes grupos: las psicológicas y las biológicas, de acuerdo a ello en las psicológicas la Teoría de la Actividad es la que plantea que “las personas son más felices y están más satisfechas, cuando se mantienen activas y se sienten útiles” (Havighurst 1987) por lo que basadas en

esta teoría se plantea un centro del adulto mayor donde su finalidad es que se mantengan activas.

- Durante el envejecimiento se dan cambios del tipo Biológico, Psicológico y Sociológico por lo que se planteara que el centro del adulto mayor conste espacios para salud, recreación y descanso.

### **3.7.3. Análisis Del Sistema de Salud**

De acuerdo a los datos obtenidos tenemos que:

- El sistema de salud pública en la actualidad no cuenta con una adecuada estructuración y coordinación de los servicios que ofrecen, así como los recursos humanos se encuentran en condiciones inadecuadas de trabajo.
- Los programas dirigidos al adulto mayor están centrados principalmente en la población adulta pobre en general y no existen programas especiales para este grupo.
- Solamente la Seguridad Social y las FFAA cuentan con servicios de atención a la PAM, sin embargo su acceso es limitado.
- Para el año 2000 la tasa bruta de mortalidad era de 6.15 por cada mil habitantes.
- La esperanza de vida al nacer es de 61 años
- El 11.6% de personas adultas mayores realiza alguna actividad física.
- Actualmente en el Ministerio de Salud no existe un plan de apoyo social para el adulto mayor de 60 años.

### **3.7.3. Análisis De la Geriatría en el Perú**

De acuerdo a los datos obtenidos tenemos que:

- Actualmente el colegio médico reconoce la especialidad de Geriatría (Manrique de Lara, 2004)
- Solamente instituciones no gubernamentales, universidades, colonias extranjeras, sociedades, etc. intentan mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, pero son esfuerzos aislados al no existir un plan nacional integral.
- La ONU remarca lo que se llama “los principios de las naciones unidas a favor del adulto mayor” y se considera que el adulto mayor debería de tener acceso a la alimentación, agua, vivienda, ropa y atención de salud adecuada, ya sea con apoyo de sus familias, la comunidad o por su autosuficiencia. (ejemplo programa

AMANECER CON ALEGRIA, impulsado por la municipalidad de Santiago De Surco, donde se generan sus propios ingresos)

- A su vez la ONU también remarca que tienen derecho de prestar servicio a la comunidad, a disfrutar de los cuidados y protección familiar y de tener un trato digno, de tal forma que se sientan seguros, sin ningún tipo de maltratos ya sean físicos o psicológicos.

#### **3.7.4. Análisis del Sistema de Seguridad Social**

De acuerdo a los datos obtenidos tenemos que:

- La finalidad del Sistema de seguridad social es de dar cobertura a los asegurados y a sus derechos habientes mediante la prestación de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en el Perú (Alvarado, 2001)
- EsSalud cuenta con programas de atención para los adultos mayores como son el Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) y con los centros de Adultos Mayores (CAM)
- Los beneficiarios del sistema de seguridad social son en realidad un grupo minoritario dentro de la población en general, donde los adultos mayores constituyen solo un 13% del total de asegurados.

#### **3.7.5. Análisis de las Tipologías de Centros de Atención para el Adulto Mayor.**

Existen varios tipos de atención para el adulto mayor que se resumen en el siguiente cuadro

<b>Tipo de Centro de Atención</b>	<b>Servicios que Ofrecen</b>	<b>Desventajas</b>
<b>ALBERGUES</b>	Brindan hospedaje a personas mayores totalmente independientes, además de atención médica y de sepelio.	No existen espacios de para actividades culturales, atención médica limitada.

<b>ASILOS</b>	Dirigido al adulto mayor desamparado, se da servicio de alojamiento, alimentación, atención médica especializada, medicamentos, terapias recreativas y ocupacionales, la mayoría son de carácter tanto privado como del estado	Su acceso es muy limitado solamente orientado a personas desamparadas.
<b>CASA DE REPOSO</b>	Este tipo de instituciones alberga a las personas mayores con enfermedades crónicas, la atención médica que se da en estos centros es especializada	Dirigida solamente para un universo reducido.
<b>CENTROS DE DIA PARA LA TERCERA EDAD</b>	En estos centros se dan actividades culturales, recreativas, terapéuticas, etc., donde acogen a las personas mayores durante el día	No brindan hospedajes ni alimentación.
<b>CLINICAS U HOSPITAL GERIATRICO</b>	Brinda los servicios comunes de hospital general, pero con áreas especializadas en la atención al adulto mayor	Solamente brindan servicios de salud.
<b>CLINICA U HOSPITAL DE DIA</b>	Brinda atención regular a pacientes mayores que no requieren hospitalización, entre los servicios que dan incluye rehabilitación, actividades terapéuticas, recreativas, y asistencia social, psicológica y solamente atiende durante el día	Solo de carácter temporal y ambulatorio, no existen espacios culturales ni recreativos.
<b>CLUB DEL ADULTO MAYOR</b>	En estos centros se fomenta la convivencia entre adultos mayores que pertenecen a una determinada población o grupo social, este tipo de instituciones busca mejorar la calidad de vida de los ancianos, brindando información, asistencia, donde promueven la participación Real y efectiva de los socios	Dirigido a determinada población dentro del adulto mayor, no brinda asistencia de salud ni hospedaje
<b>HOGARES</b>	Estas instituciones brindan servicio completo, es decir alojamiento, alimentación, asistencia médica, ayuda espiritual, servicio de sepelio. Está dirigido a personas que todavía pueden	No cuentan con espacios para actividades culturales ni recreativas

	valerse por sí mismos al momento de ingresar. Son instituciones privadas	
<b>HOSPICIOS</b>	Estas instituciones están dirigidas a personas enfermas, inválidas, débiles mentales, o adultos mayores con trastorno de carácter o de conducta	Solamente dirigido a un universo menor de personas de la tercera edad
<b>APARTAMENTOS ASISTIDOS</b>	Son apartamentos tipo bungalow que cuentan con diferentes ambientes como sala kitchenette baño dormitorio, se encuentra dentro de un conjunto o condominio, donde el adulto mayor se desenvuelve independientemente, pero siempre bajo la supervisión de especialistas, que se encuentran trabajando dentro del condominio	No tiene atención especializada en temas de salud, no brindan alimentación.
<b>COMPLEJO HABITACIONAL PARA MAYORES</b>	Son instituciones que cuentan con diferentes tipos de habitaciones según el requerimiento de cada persona, también cuentan con servicios recreativos, alimentación, atención médica	No cuentan con espacios para actividades culturales, ni para actividades laborales en caso lo necesiten.
<b>HOTEL PARA LA TERCERA EDAD</b>	Son hoteles propiamente dichos para la tercera edad que cuentan con la infraestructura necesaria y servicios para albergar a personas mayores y cuentan con personal especializado	No cuentan con espacios para actividades culturales, ni para actividades laborales en caso lo necesiten.
<b>CASA DE RETIRO</b>	Hay que recalcar que una casa de retiro también es conocida como estancia, residencia y puede ser pública, social o privada	Son lugares donde lo que predomina es la socialización.

*Cuadro N° 8. Análisis de las Tipologías de Centros de Atención para el Adulto Mayor*

*Fuente: Elaboración propia*

La mayoría de estas casas hogares son solamente acondicionamientos, y no lugares donde exclusivos para este la PAM; y no solamente se debe de considerar que son personas enfermas o inútiles, muchas de ellas son personas que se mantiene activas.

### 3.7.6. Análisis de los Tipos de Establecimientos para Adultos Mayores en Lima Metropolitana.

En Lima Metropolitana existen diversos centros de atención para adultos mayores ya sean públicos o privados pero en ninguno de esos casos llega a cubrir el objetivo deseado por parte del adulto mayor así tenemos:

<b>Tipos de Establecimientos</b>	<b>Servicios que Brindan</b>	<b>Limitaciones</b>
Adulto Mayor (CAM)(CIAM)	Promover relaciones interpersonales, mediante el desarrollo de actividades socioculturales recreativas, productivas y de atención de la salud.	centra la atención en los adultos mayores jóvenes (entre 60 a 70 años).
Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI)	Este programa provee de servicios de salud a domicilio a pacientes mayores de 80 años y con limitaciones físicas	No existen espacios para socializar con personas en las mismas condiciones.
Instituto Nacional de Bienestar Familiar (INABIF)	Realiza acciones preventivas promocionales dirigidas a la población en riesgo.	Falta de infraestructura para la demanda existente.
Fondo de Cooperación para el Desarrollo (FONCODES)	Vinculada a la construcción y equipamiento de centros de salud y las campañas de salud. Aquellas especialmente dirigidas a la población anciana.	Solamente ve el tema de Infraestructura y equipamiento mas no la atención al adulto mayor.
Centros de salud o policlínicos municipales	Brindan servicios de salud	En la mayoría de los casos solo brindan servicios de consulta ambulatoria y de cirugía menor y no tienen implementados departamentos o programas para la atención de las personas adultas mayores.

Sociedad civil y cooperación internacional	Viene trabajando en la percepción que se tiene respecto a la población Adulta Mayor	Solamente es preventiva mas no de atención al adulto mayor.
Organizaciones No Gubernamentales - ONG		Las ONGs que trabajan con y a favor de los adultos mayores son reducidas.
Albergues o asilos para ancianos de la ciudad de Lima	Dirigido al adulto mayor desamparado, se da servicio de alojamiento, alimentación, atención médica especializada, medicamentos, terapias recreativas y ocupacionales, dependen de la beneficencia publica	Su acceso es muy limitado solamente orientado a personas desamparadas.
Casas de reposo	Están dedicados al cuidado, alojamiento y atención de personas adultas mayores con problemas de salud, que por alguna razón no pueden ser atendidas por sus familiares.	La mayoría no cumple con los requisitos mínimos para su funcionamiento, solicitando en cambio altas retribuciones en dinero a los familiares de estos pacientes.
Clubes del Adulto Mayor	brinda talleres productivos de biohuertos, talleres de laborterapia, de salud preventiva; talleres culturales, de motivación, de apoyo alimentario y hospedaje	Dirigido para los sectores de mayores recursos.

*Cuadro N° 9. Análisis de los Tipos de Establecimientos para Adultos Mayores en Lima Metropolitana.*

*Fuente: Elaboración propia*

Por lo cual de acuerdo a nuestro proyecto se pretende hacer un centro de adulto mayor orientado al tipo de los clubes del adulto mayor por brindar servicios completos de atención al adulto mayor y con personal especializado.

### 3.7.7. Análisis de la Población y Muestra

La ciudad de Lima es la que alberga la mayor cantidad de personas mayores de 56 a + respecto al resto de departamentos así tenemos que tiene 1'734,200 habitantes frente a 274,600 de Piura o de 275,500 de La Libertad

De acuerdo a la información obtenida la población adulta mayor (de 56 años a mas) en la ciudad de lima asciende a 1'581,300 equivalente al 14.9% del total de la población.

Si tenemos en cuenta los niveles socioeconómicos la población el NSE C es la más importante seguido de los niveles socioeconómicos A/B que también contiene un importante porcentaje de habitantes

Este segmento de la población está dividido de la siguiente manera de acuerdo al nivel socioeconómico (NSE A/B)

De 0 – 5 años con el 7.83% de la población (228,900 hab.)

De 6 – 12 años con el 9.31% de la población (272,200 hab.)

De 13 – 17 años con el 7.28% de la población (212,800 hab.)

De 18 – 24 años con el 12.18% de la población (355,900 hab.)

De 25 – 39 años con el 24.70% de la población (722,000 hab.)

De 40 – 55 años con el 20.69% de la población (604,600 hab.)

De 56 - + años con el 18.01% de la población (526,400 hab.)

De acuerdo a la localización geográfica del proyecto se dispondrá de un mercado destinado a los NSE A/B los cuales se encuentran concentrados en los distritos de gran proporción de los NSE A/B. Estos distritos están conformados por: San Borja, San Isidro, Santiago de Surco, La Molina, Miraflores, Lince, Jesús María, Pueblo Libre, Magdalena y San Miguel.

Según el cuadro N°5 en estos distritos existen 1'188,300 hab. Los cuales están divididos en las siguientes zonas:

Zona 6: Lince, Jesús María, Pueblo Libre, Magdalena y San Miguel. Que tiene 377,700 habitantes de los cuales el 16.2% pertenece al NSE A (61,187.40 hab.) y el 58.1% al NSE B (219,443.70 hab.)

Zona 7: conformado por los distritos de San Borja, San Isidro, Santiago de Surco, La Molina, Miraflores y que tienen 810,600 habitantes de los cuales el 35.9% pertenece al NSA A (291,005.40 hab.) y el 43.2% pertenece al NSE B (350,179.20 hab.)

De acuerdo a la segmentación por edades en Lima Metropolitana de acuerdo al INEI se tiene la distribución de adultos mayores en los siguientes distritos pertenecientes a ambas zonas tenemos:

<b>Distrito</b>	<b>Cantidad de PAM (Habitantes)</b>
Lince	10,241.00
Jesús María	15,521.00
Pueblo Libre	15,909.00
Magdalena	10,504.00
San Miguel	23,538.00
San Borja	22,737.00
San Isidro	13,458.00
Santiago de Surco	54,849.00
La Molina	24,662.00
Miraflores	19,299.00

*Cuadro N° 10. Cantidad de Población Adulta Mayor por distritos en zona del Mercado potencial.*

*Fuente: INEI*

Total de Población Adulta Mayor en zonas 6 y 7: **210,718 Habitantes**

Las fuentes utilizadas son del INEI para tener la cantidad de habitantes por distrito y por de edad, y del Informe de APEIM 2016 la composición de los niveles socioeconómicos por zonas de Lima Metropolitana.

Para estimar el tamaño del mercado potencial por nivel socioeconómico, se multiplicó la cantidad de población por el porcentaje de adultos autovalentes (65%).

Por lo cual da un mercado potencial de 136,967 personas adultas mayores autovalentes.

Por lo cual se ve que un importante porcentaje corresponde a los adultos mayores los cuales son la muestra para calcular la cantidad de cuartos requeridos para atender dicha demanda.

#### **IV.RESULTADOS**

4.1. Luego de todo lo investigado, aplicaremos dicha información en la propuesta de un proyecto de infraestructura que promueva Bienestar del Adulto Mayor.

##### **4.1. Ubicación del proyecto**

El distrito de Surco es uno de los 43 distritos de la Provincia de Lima, ubicada en el Departamento de Lima, en el Perú (Peru Top Tour, 2017), Y Colinda con los distritos:

- Por el norte con los distritos de Ate Vitarte y San Borja
- Por el este con los distritos de La Molina, Villa María del Triunfo y San Juan de Miraflores;
- Por el oeste con los distritos de Chorrillos, Surquillo, Miraflores y Barranco (Peru Top Tour, 2017).



Figura 9. Distrito de Santiago de Surco

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (2016) / Mapa referencial [Ilustración].  
 Recuperado de: <https://www.inei.gov.pe/biblioteca-virtual/boletines/estadisticas-de-seguridad-ciudadana/1/>

### *Uso de suelo urbano*

La zonificación de acuerdo a lo establecido en el plan urbano de la ciudad, Santiago de Surco, figura como ZRP (Zona de recreación pública) (Instituto Metropolitano de Planificación, 2007).

Su localización cumple con los planos de zonificación y estructura urbana vigente de la Municipalidad de Santiago de Surco. En la actualidad el terreno encontramos un parque.

## 4.2. Accesibilidad

El terreno elegido se accede por la Av. Guardia civil, prolongación de la Av. próceres Donde se accede por la Calle Coronel Frisancho, donde se visualiza la capilla y un atrio previo de ingreso, dando inicio a las diferentes áreas del proyecto.

cómo principal acceso peatonal puede ser la calle Frisancho, donde se visualiza la capilla y un atrio previo al ingreso dando inicio a las diferentes áreas del proyecto.

Ambas calles son de bajo flujo vehicular por lo que pueden plantearse acceso por ambas vías. En cuanto a la accesibilidad peatonal es fácil ya que pueden ser por el parque que se

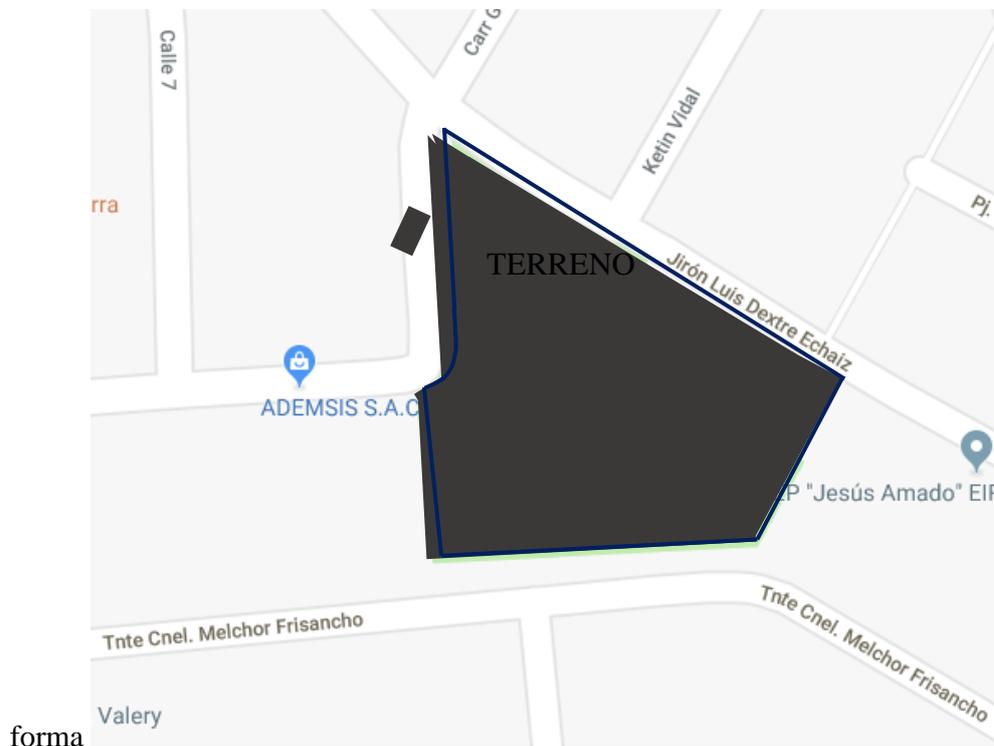


Figura 10. Ubicación del terreno

Fuente: Google maps (2018) / Mapa referencial [Ilustración]. Recuperado de: <https://www.google.com/maps/@-12.1642158,-76.9898272,18.46z>

El terreno tiene como vía principal al Jr. Jirón Luis Dextre Echáis y secundaria a la calle Teniente Coronel Melchor Frisancho y la calle Sgto. Mayor Daniel Mendoza

Martínez. Tiene como avenidas de acceso estas vías a av. Los Próceres y av. Jirón Guardia Civil Sur respectivamente.

### 4.3. Características

#### 4.3.1. Topografía del terreno

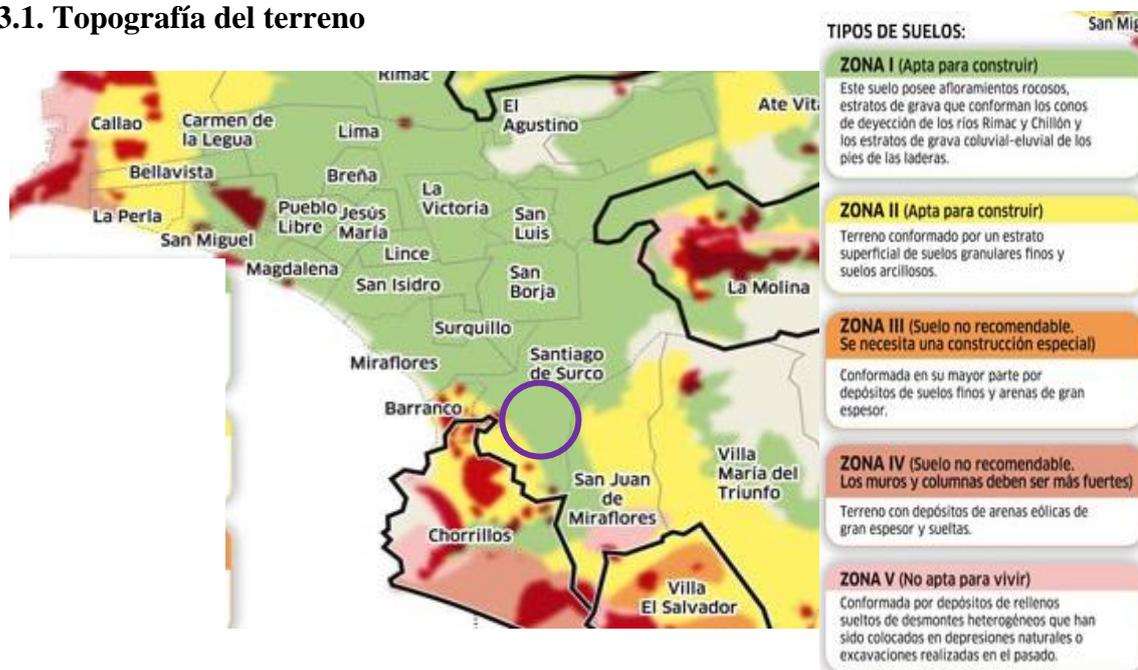


Figura 11. Mapa de la tipología de suelos de Lima (CISMID)

Fuente: CISMID-UNI (2014) / *Tipo de suelo [Ilustración]*. Recuperado de: [46z http://www.sophimania.pe/sociedad-y-cultura/sociologia-y-antropologia/peru-ingenieros-de-cismid-uni-trabajan-para-evitar-catastrofe-telurica/](http://www.sophimania.pe/sociedad-y-cultura/sociologia-y-antropologia/peru-ingenieros-de-cismid-uni-trabajan-para-evitar-catastrofe-telurica/)

Según el mapa del estudio de la "MICROZONIFICACIÓN SISMICA DE LIMA" (CISMID) el terreno se encuentra ubicado en la ZONA I, con una capacidad portante de 1.9 Kg/cm<sup>2</sup>.

**ZONA I:** Zona que incluye afloramientos rocosos, estratos potentes de grava que conforman los conos de deyección de los ríos Rímac y Chillón y los estratos de grava coluvial –eluvial de los pies de las laderas. Comportamiento rígido, con periodos de vibración natural entre 0.1 y 0.3 segundos. El factor de amplificación sísmica por efecto local del suelo en esta zona es  $S = 1.0$  y el periodo natural del suelo es  $TPI = 0.4$  segundos, correspondiendo a un suelo TIPO 1 de la norma sismo resistente peruana.

**PERFIL TIPO S1:** Roca o suelos muy rígidos. A este tipo corresponden las rocas y los suelos muy rígidos con velocidades de propagación de onda de corte similar al de una roca, en los que el período fundamental para vibraciones de baja amplitud no excede de 0,25 s, incluyéndose los casos en los que se cimienta sobre:

- Roca sana o parcialmente alterada, con una resistencia a la compresión no confinada mayor o igual que 500 kPa (5 kg/cm<sup>2</sup>).
- Grava arenosa densa.
- Estrato de no más de 20 m de material cohesivo muy rígido, con una resistencia al corte en condiciones no drenadas superior a 100 kPa (1 kg/cm<sup>2</sup>), sobre roca u otro material con velocidad de onda de corte similar al de una roca.
- Estrato de no más de 20 m de arena muy densa con  $N > 30$ , sobre roca u otro material con velocidad de onda de corte similar al de una roca.

#### **4.3.2. Dimensiones y áreas**

El terreno tiene una forma Irregular, con un área de 5 361,98 m<sup>2</sup>, cuenta con 3 frentes y colinda con viviendas en 2 lados.

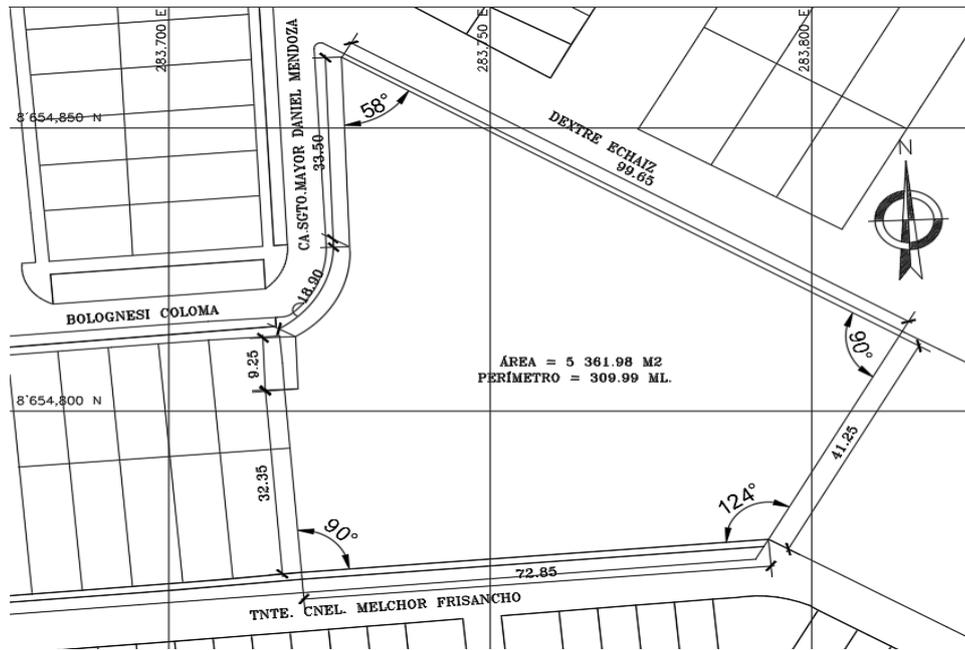


Figura 12. Terreno del proyecto en Santiago de Surco  
Fuente: Elaboración propia

### 4.3.3. Zonificación

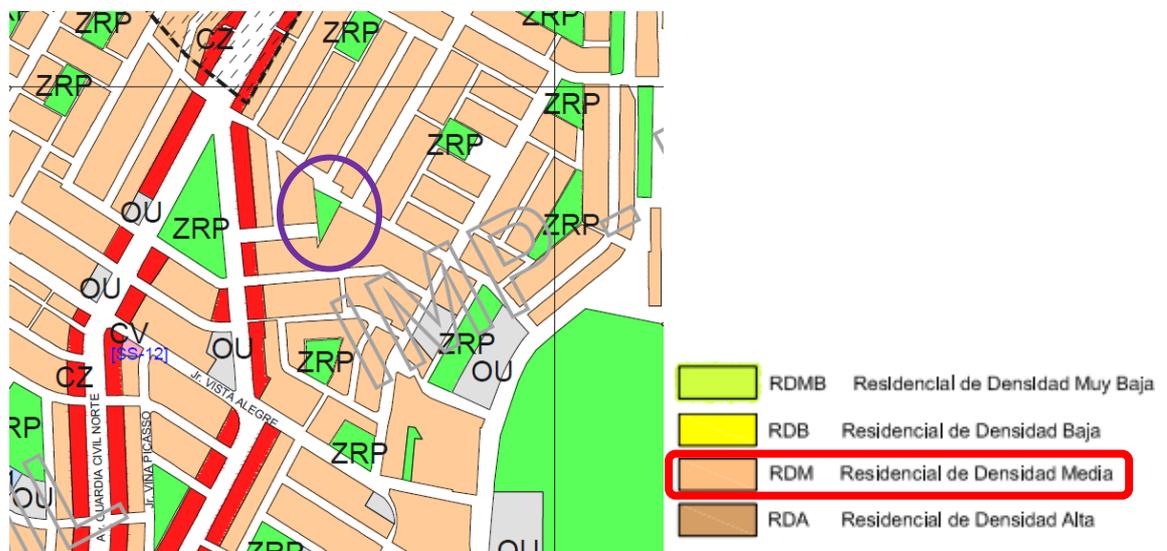


Figura 13. Zonificación del Proyecto

Fuente: Instituto Metropolitano de planificación (2007) / Zonificación Santiago de Surco [Ilustración]. Recuperado de: <http://www.imp.gob.pe/index.php/reajuste-integral-del-plano-de-zonificacion-de-lima-metropolitana?id=32>

#### **4.4. Servicios**

La zona donde se encuentra ubicado el terreno del proyecto, por lo urbana que es, cuenta con los servicios de Servicios Públicos de Agua y de Energía Eléctrica.

#### **4.5 Estado actual del sitio**

En el terreno asignado actualmente se encuentra un parque en toda el área. No presentando ninguna división. Está delimitado por veredas.



*Figura 14. Estado actual del sitio*

Fuente: Google maps (2013) / Terreno [Fotografía]. Recuperado de: <https://www.google.com/maps/@-12.1642158,-76.9898272,18.46z>

#### **4.5.1 Clima 4. CLIMA**

La temperatura promedio durante el año es de 18° C, variando en los meses de verano, con un promedio de 27° C. y de 15° C. Durante el invierno

Las características climáticas de la zona son las siguientes:

Temperatura Promedio 18°C

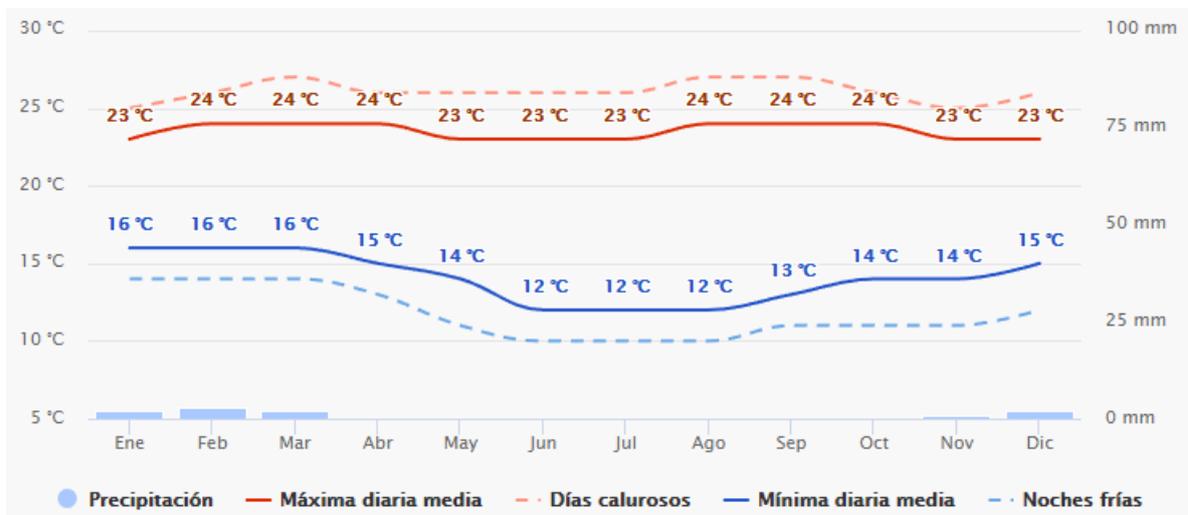


Figura 15. Resumen clima en Santiago de Surco

Fuente: Neteo Blue (2017) / Temperaturas medias y precipitaciones [Figura]. Recuperado de: [https://www.meteoblue.com/es/tiempo/pronostico/modelclimate/santiago-de-surco\\_per%C3%BA\\_3928245](https://www.meteoblue.com/es/tiempo/pronostico/modelclimate/santiago-de-surco_per%C3%BA_3928245)

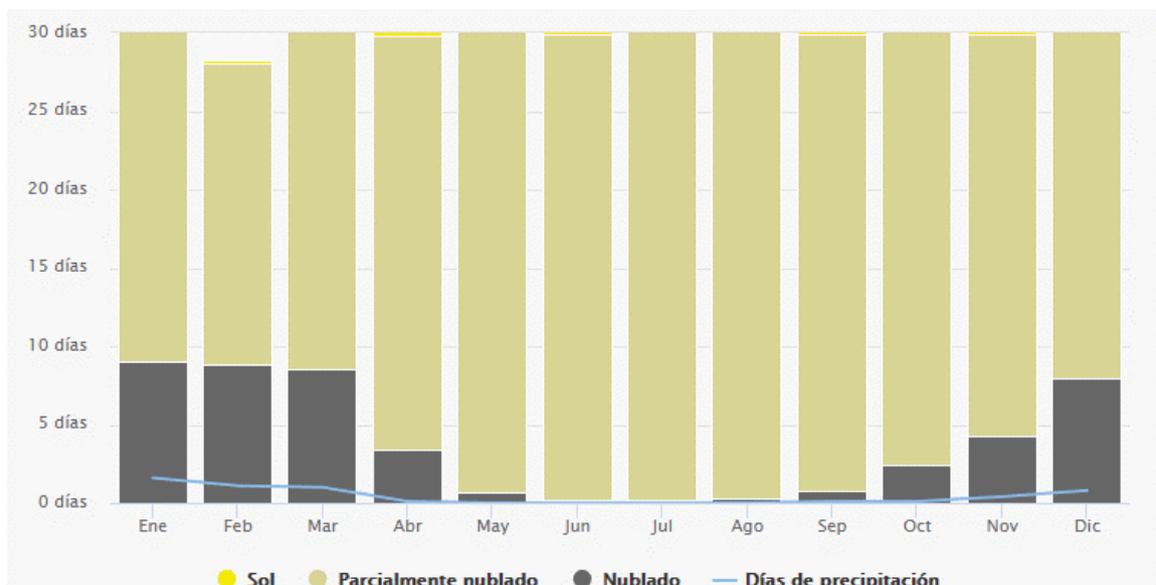


Figura 16. Cielo nublado, sol y días de precipitación

Fuente: Neteo Blue (2017) / Cielo nublado, sol y días de precipitación [Figura]. Recuperado de: [https://www.meteoblue.com/es/tiempo/pronostico/modelclimate/santiago-de-surco\\_per%C3%BA\\_3928245](https://www.meteoblue.com/es/tiempo/pronostico/modelclimate/santiago-de-surco_per%C3%BA_3928245)

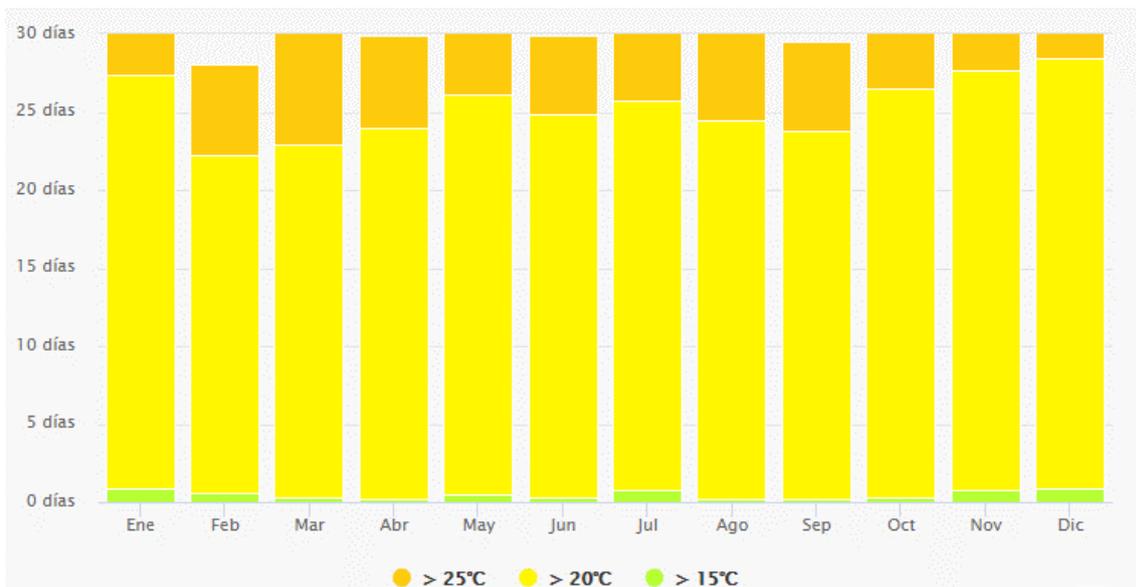


Figura 17. Temperaturas máximas

Fuente: Neteo Blue (2017) / Temperaturas máximas [Figura]. Recuperado de: [https://www.meteoblue.com/es/tiempo/pronostico/modelclimate/santiago-desurco\\_per%C3%BA\\_3928245](https://www.meteoblue.com/es/tiempo/pronostico/modelclimate/santiago-desurco_per%C3%BA_3928245)

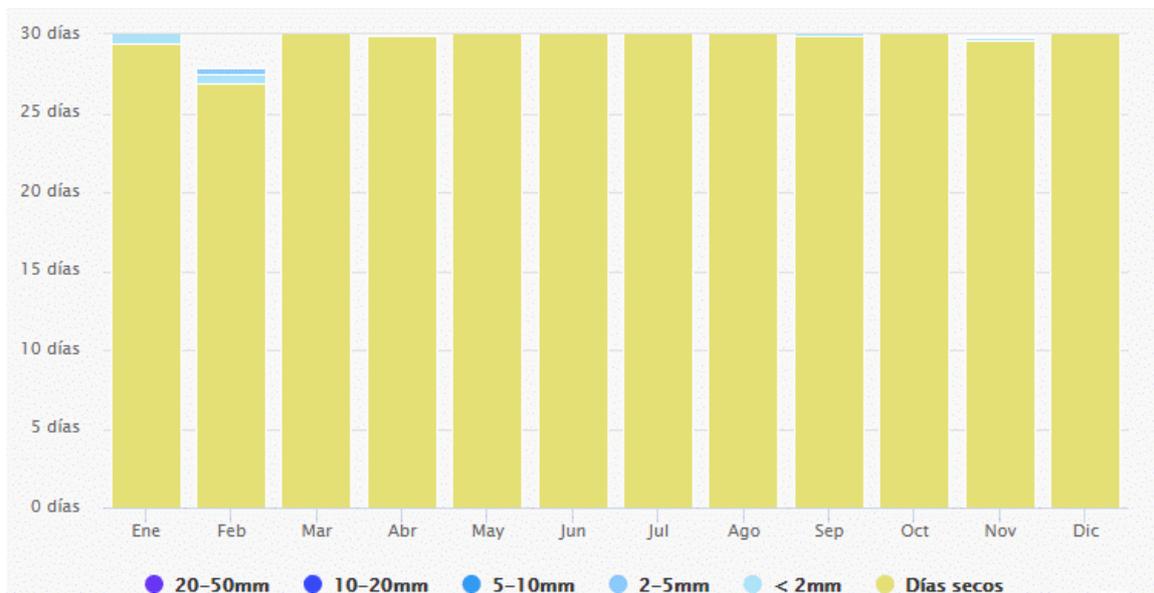


Figura 18. Cantidad de precipitación

Fuente: Neteo Blue (2017) / Cantidad de Precipitación [Figura]. Recuperado de: [https://www.meteoblue.com/es/tiempo/pronostico/modelclimate/santiago-desurco\\_per%C3%BA\\_3928245](https://www.meteoblue.com/es/tiempo/pronostico/modelclimate/santiago-desurco_per%C3%BA_3928245)

#### 4.5.2. Entorno

Es una zona donde la mayor parte del terreno está destinado a viviendas, equipamiento urbano y actividades conexas de servicios y pequeños comercios. Actualmente se van definiendo sus zonas comerciales locales de mayores movimientos: los mercados y las avenidas más concurridas.



Figura 19. Panel fotográfico, alrededores

Fuente: Google maps (2013) / Vistas del terreno [Fotografía]. Recuperado de:  
<https://www.google.com/maps/@-12.1642158,-76.9898272,18.46z>

### 4.5.3. Panel fotográfico



*Figura 20. Jr. Jirón Luis Dextre Echáis*

Fuente: Google maps (2013) / Vistas del terreno [Fotografía]. Recuperado de:  
<https://www.google.com/maps/@-12.1642158,-76.9898272,18.46z>



*Figura 21. Vista del terreno Jr. Jirón Luis Dextre Echáis*

Fuente: Google maps (2013) / Vistas del terreno [Fotografía]. Recuperado de:  
<https://www.google.com/maps/@-12.1642158,-76.9898272,18.46z>



*Figura 22. Vista desde la calle Sgto. Mayor Daniel Mendoza Martínez*

Fuente: Google maps (2013) / Vistas del terreno [Fotografía]. Recuperado de:  
<https://www.google.com/maps/@-12.1642158,-76.9898272,18.46z>



*Figura 23. Vista desde la calle Teniente Coronel Melchor Frisancho*

Fuente: Google maps (2013) / Vistas del terreno [Fotografía]. Recuperado de:  
<https://www.google.com/maps/@-12.1642158,-76.9898272,18.46z>

#### **4.5.4. Análisis Funcional**

La propuesta arquitectónica funciona espacialmente, puesto que integra las zonas que lo conforman mediante un espacio central (área verde) logrando una fácil orientación espacial dentro de la infraestructura, así también por medio de un volumen desde el ingreso principal se marca un eje, que conecta la entrada con el parque posterior

#### **Programa arquitectónico**

Según análisis de datos efectuado, se determina plantear ambientes y programas que motiven realizar diferentes actividades ocupacionales, psicológicas de estimulación, artísticas, deportivas, culturales, que motiven la participación continua dentro de la sociedad, acompañados de un control de salud preventiva.

#### ***Recepción***

- Hall de Acceso
- Secretaria informe de inscripciones
- Lobby / sala de espera
- Gerencia y Pull office
- Sala Multiuso (Reuniones-Terapia Grupales)
- Baños (2)
- Depósito de equipos

#### ***Zona Talleres***

- Taller Motivacional
- Talleres Multiuso (Bordados, pintura, música y manualidades) (4)
- Talleres de Danza
- Baños (2)
- Depósito de material para talleres (3)

#### ***Zona Salud***

- Admisión / Historial médico y baños

- Hall de espera
- Box de médicos
- Depósito de útiles, camillas y sillas de ruedas
- Observación
- Consultorio oftalmológico
- Traje
- Consultorio Rotativo
- Odontología

### ***Kinesiología y Masoterapia***

- Masajes Terapéuticos
- Área de ejercicios de rehabilitación
- Hidroterapia
- Gimnasio
- Vestidores
- Baños
- Área de refrigerio / kitchenette

### ***Zona Comunes***

- Estar es
- Auditorio
- Biblioteca
- Salas Multiuso Ampliables (salas de T.V o música o juegos)
- Capilla/Oratorio
- Baños
- Comedor huéspedes, cocina

### ***Zona Privada***

- Dormitorios dobles con baño y balcón
- Dormitorios simples con baño y balcón
- Dormitorios simples con baño
- Dormitorios múltiples
- Dormitorios de enfermeras

- Tópico
- Estación de enfermeras
- Sala de estar
- Kitchenette
- Oratorio

### ***Zona Servicios***

- Cocina y despensas
- Deposito general y de ropa
- Vestidores y baños personales
- Sala estar auxiliares y cuidadores

### 4.5.5. Zonificación

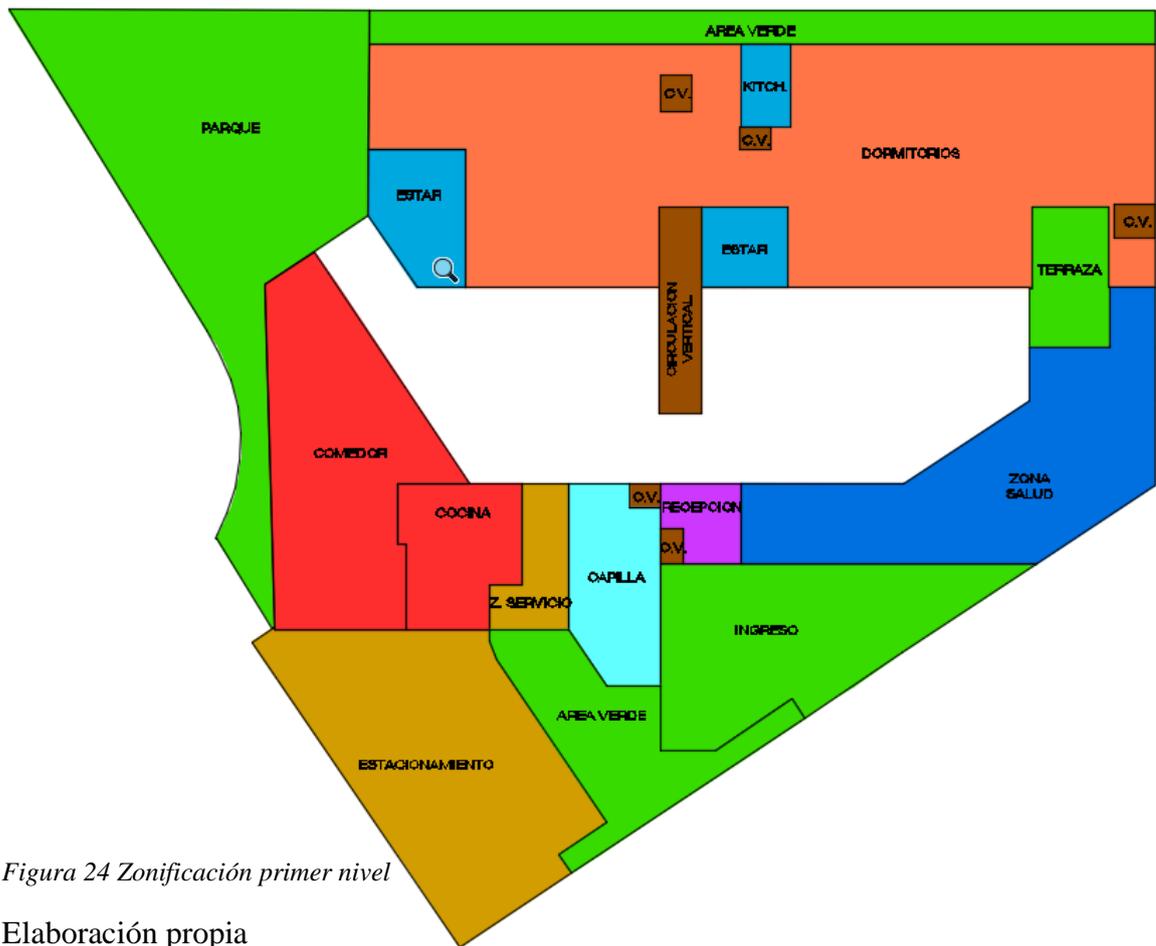


Figura 24 Zonificación primer nivel

Elaboración propia

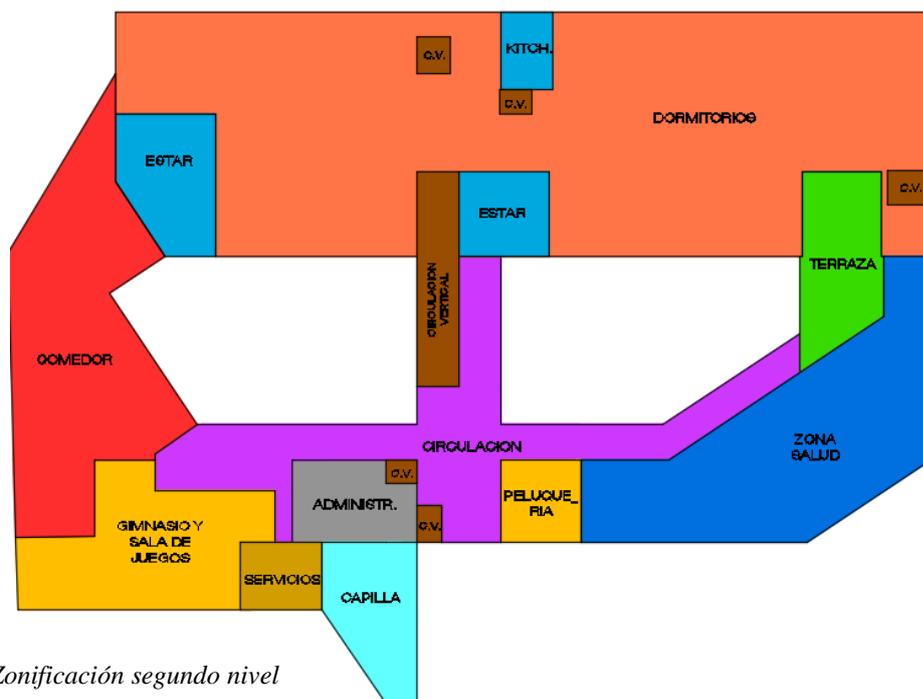


Figura 25 Zonificación segundo nivel

Elaboración propia

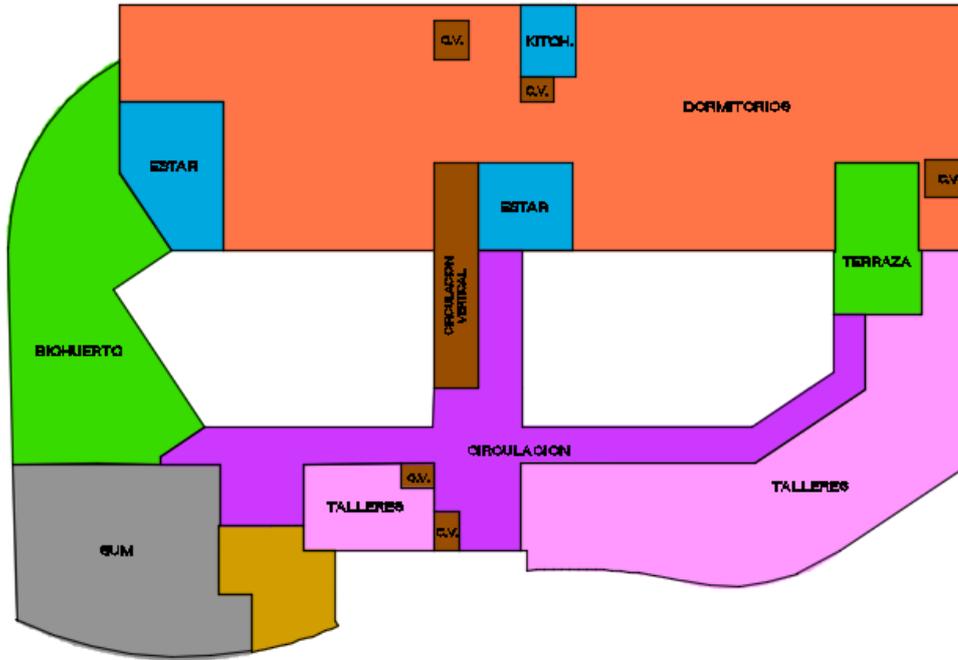


Figura 26 Zonificación tercer nivel

Elaboración propia

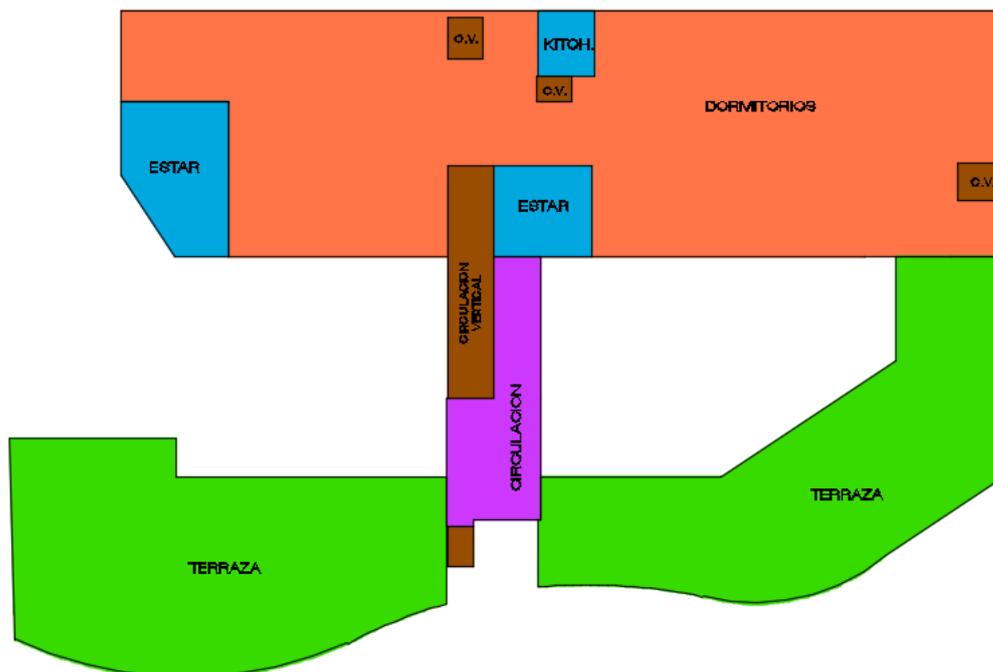


Figura 27 Zonificación cuarto nivel

Elaboración Propia

### 4.5.6. Organigramas de diseño

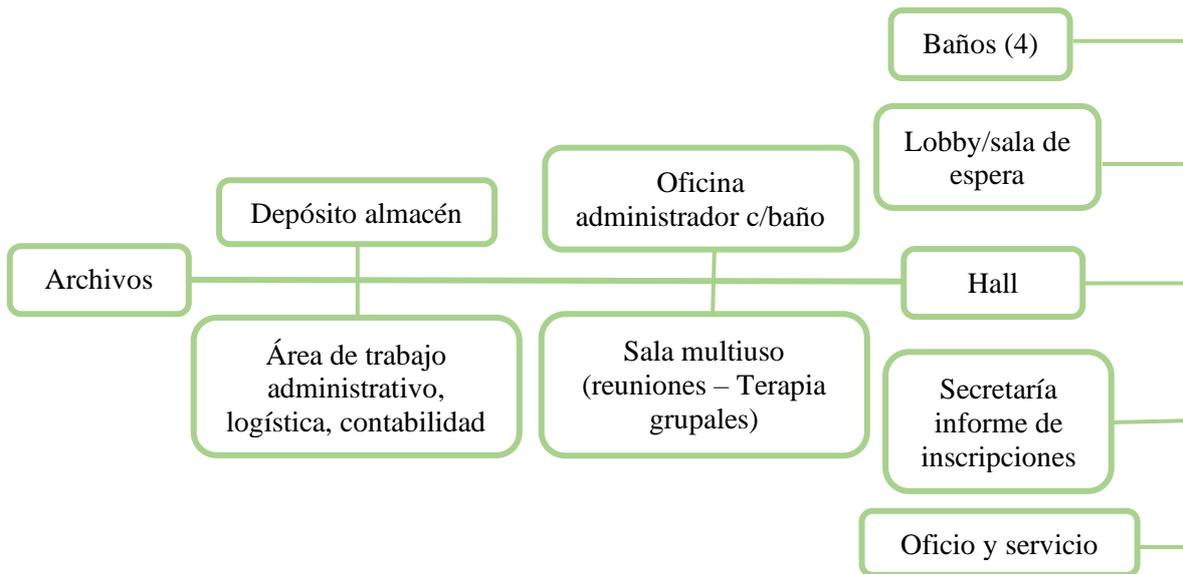


Figura 28. Recepción

Fuente: Elaboración propia

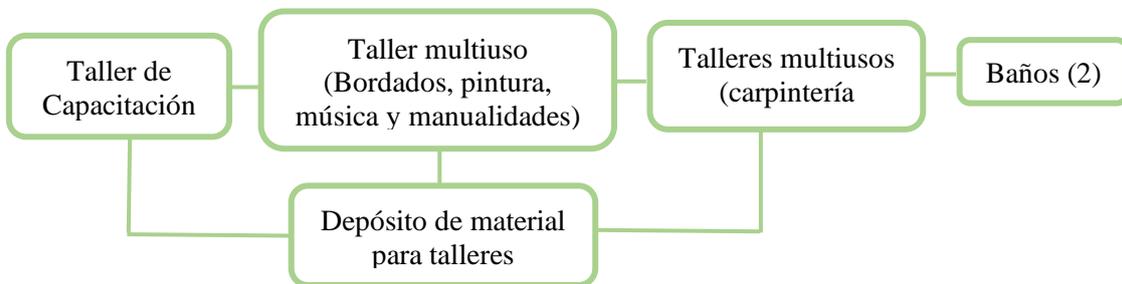


Figura 29. Zona talleres

Fuente: Elaboración propia

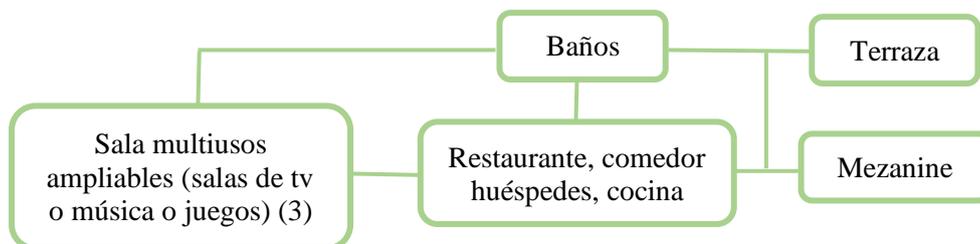


Figura 30. Zonas comunes

Fuente: Elaboración propia

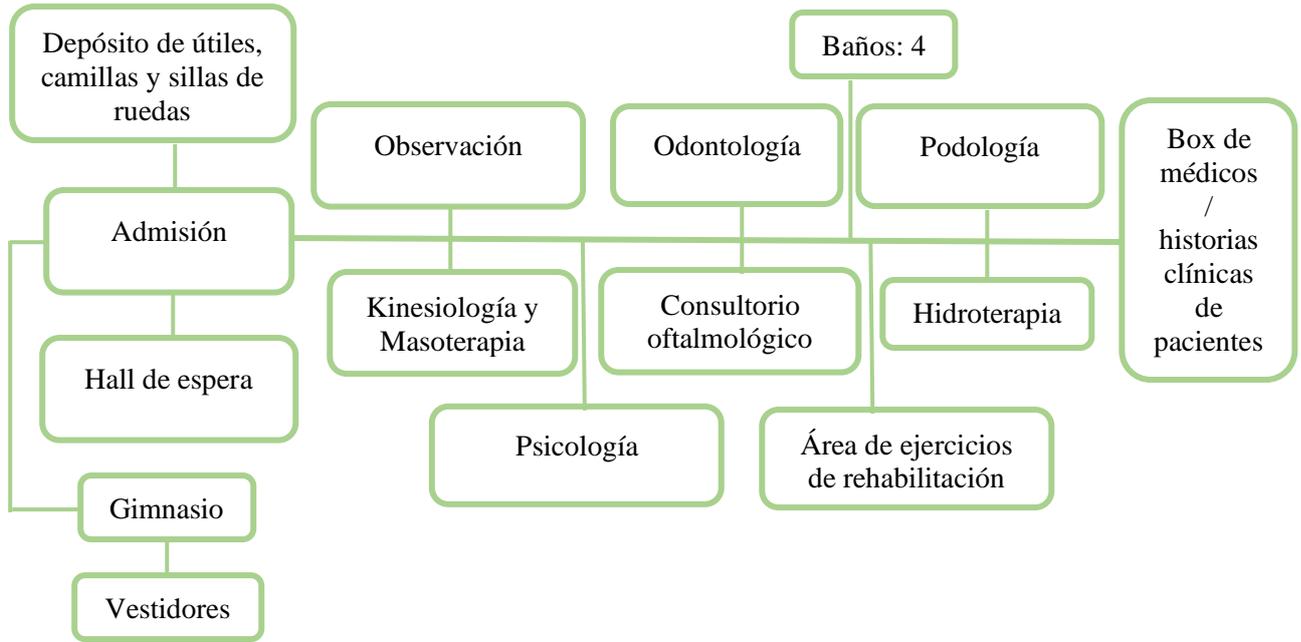


Figura 31. Zona salud

Fuente: Elaboración propia

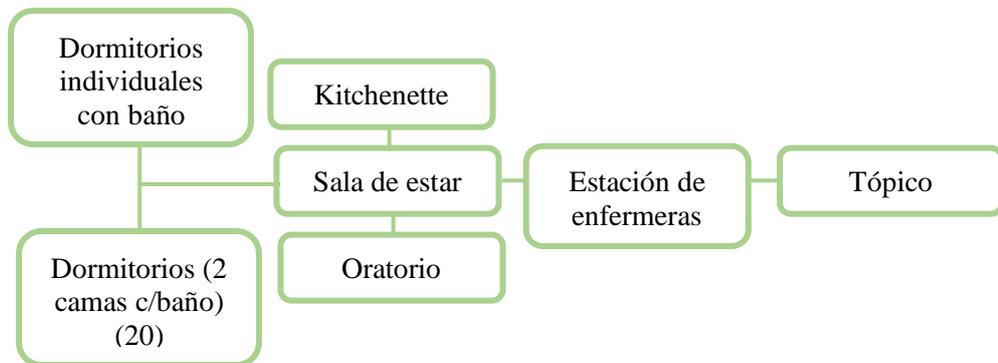


Figura 32. Zona Privada

Fuente: Elaboración propia

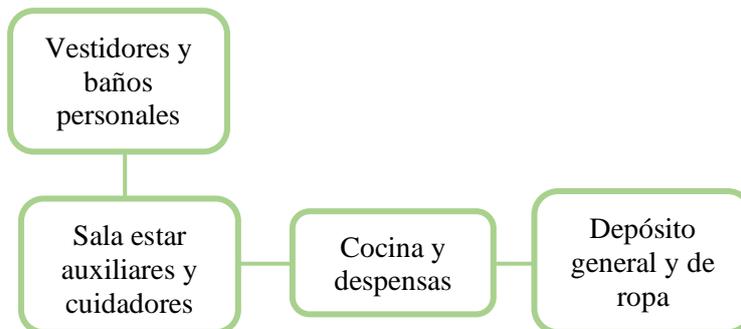


Figura 33. Zona Servicios

Fuente: Elaboración propia

#### 4.5.7. Cuadro de áreas

Cuadro N° 11. Cuadro de áreas

	AMBIENTE	CANTIDAD	AREA(m2)
Recepción	Hall	1	60.00
	Secretaria informe de inscripciones	1	8.51
	Lobby/sala de espera	1	84.65
	Gerencia y Pull office	1	45.15
	Sala Multiuso (Reuniones-Terapia Grupales)	1	18.86
	Baños	2	6.50
	Depósito de equipos	1	10.81
Zona Talleres	Taller de Motivacional	1	108.50
	Talleres Multiuso (Bordados, pintura, música y manualidades)	1	89.23
	Talleres de Danza	1	124.87
	Baños	2	18.00
	Depósito de material para talleres	1	11.67
1		6.43	
1		15.55	
Zona Salud	Admisión / Historial Médico y SS.HH	1	20.37
	Hall de espera	2	68.23
	Box de médicos	1	17.27
	Depósito de útiles, camillas y sillas de ruedas	2	10.82
	Observación	1	16.37
	Consultorio oftalmológico	1	13.90
	Traje	1	11.30
	Consultorio Rotativo	1	12.26
	Odontología	1	17.86
	Psicología	1	12.68
	Podología	1	11.58
	Peluquería	1	44.92
Baños	2	6.50	
Zona Kinesiología y Masoterapia	Masajes terapéuticos	1	18.00
	Área de ejercicios de rehabilitación	1	130.71
	Hidroterapia	1	143.26
	Gimnasio	1	107.83
	Vestidores de varones y mujeres	1	30.62
Zona Comunes	Salas Multiuso Ampliables (salas de T.V o música o juegos)	1	60.10
	Terraza	1	1059.94
	Mezanine	1	275.74
	Comedor (incluye baños)	1	316.78
Zona Privada	Dormitorios dobles con baño y balcón	14	35.32
	Dormitorios simples con baño y balcón	20	32.43

	Dormitorios simples con baño	47	26.01
	Dormitorios Múltiples	3	48.42
	Dormitorio de Enfermeras	4	27.96
	Tópico	1	8.65
	Estación de Enfermeras	4	10.92
	Sala estar	4	47.65
		3	33.44
		3	24.18
	Kitchenette	4	21.54
	Oratorio	1	135.00
Zona Servicios	Cocina, despensas y refrigeración	1	90.92
	Depósito de ropa	4	6.00
	Depósito de equipos	3	11.12
	Vestidores y baños personales	1	30.62
	Sala estar auxiliares y cuidadores	1	25.00
	SUMA DE ÁREAS		6 588.50

Fuente: Elaboración propia

4.5.8 Plano de Ubicación

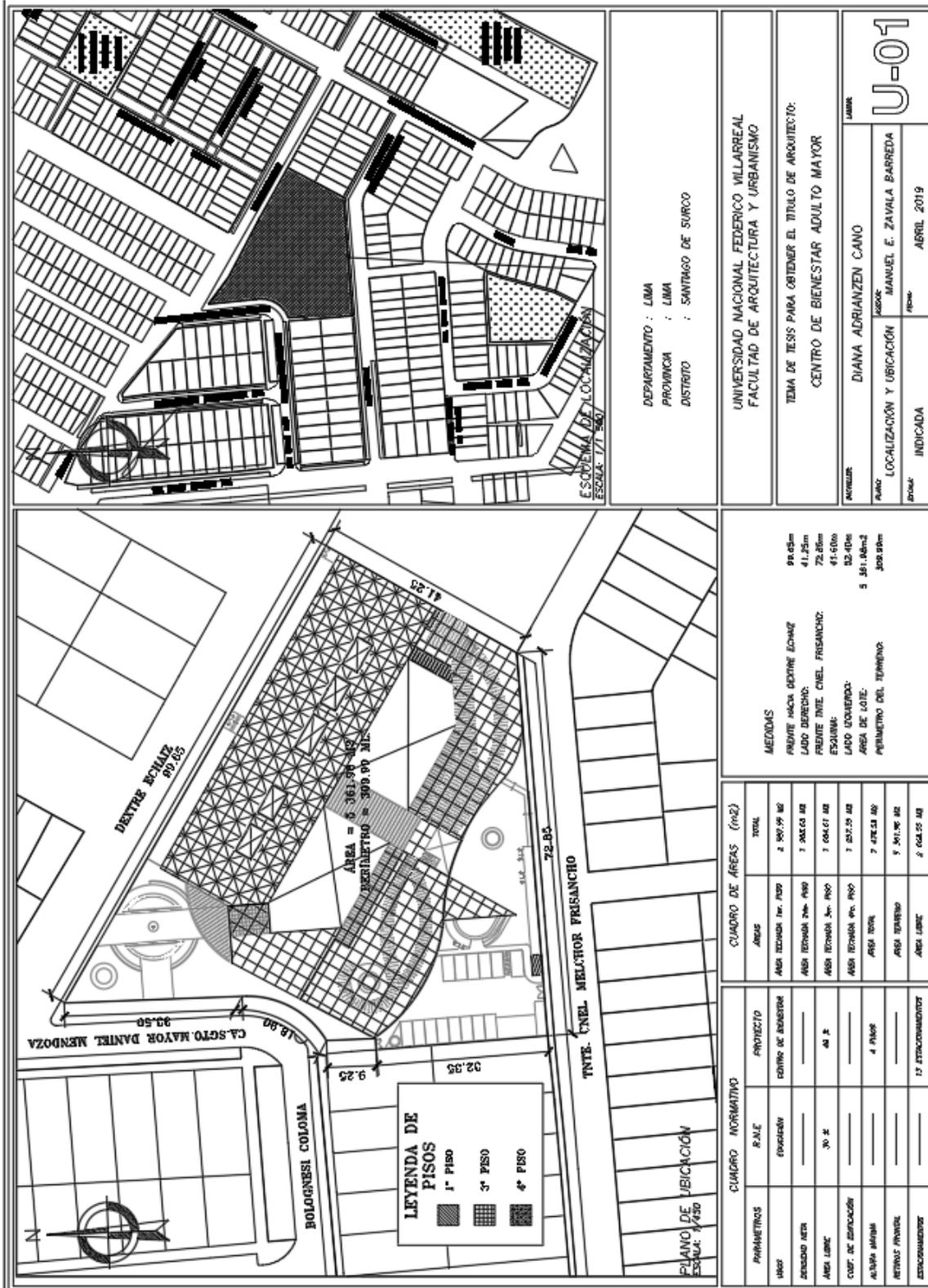


Figura 34. Plano de ubicación

Fuente: Elaboración propia

## **V.DISCUSION DE RESULTADOS**

El objetivo de esta investigación fue “Satisfacer mediante una infraestructura, la carencia espacial y de servicio, proponiendo un proyecto Arquitectónico en la ciudad de Lima, destinado a fomentar las condiciones óptimas de Bienestar del adulto Mayor, potenciando el envejecimiento activo, productivo y saludable, por ende, un envejecimiento con calidad de vida.”

La discusión se dará en base a aquellos aspectos más relevantes obtenidos de los resultados, contrastándolos con los datos teóricos revisados y resultados de otras investigaciones.

Según nuestros resultados el objetivo principal se logra creando un centro del adulto mayor que integre el envejecimiento activo, productivo y saludable mediante actividades ocupacionales, psicológicas de estimulación, artísticas, deportivas, culturales, que motiven la participación continua dentro de la sociedad, acompañados de un control de salud preventiva, para lo cual se contemplan espacios como talleres, zona de salud, zonas de relajación, de hospedaje y de zonas comunes donde puedan socializar libremente.

De acuerdo al análisis teórico realizado se da a entender que la mayoría de centros destinados al adulto mayor son servicios asistenciales, servicios de salud y/o residencias geriátricas, los cuales tiene como oferta para el bienestar del adulto mayor en la rehabilitación de la salud, sin considerar aspectos importantes como es la socialización y recreación.

Asimismo, las organizaciones públicas y privadas proponen los centros tipo CAM o CIAM, por los servicios de talleres y actividades que ofrecen, aunque tienen como debilidad, la gran demanda que se tienen en estos centros, lo cual dificulta entregar un servicio óptimo debido a la cantidad de población que atienden. Así también tiene como

otra limitante que depende exclusivamente de los recursos de Essalud y de las Municipalidades, los cuales son muy limitados.

De acuerdo a la investigación teórica la oferta de establecimientos dirigida a población adulto mayor en Lima Metropolitana para los estratos A/B es prácticamente es nula, por lo cual es necesaria este tipo de establecimientos planteados como respuesta a una demanda no atendida.

Asimismo, de acuerdo a las teorías del envejecimiento, la teoría del envejecimiento activo es la que plantea que *“las personas son más felices y están más satisfechas, cuando se mantienen activas y se sienten útiles”* (Havighurst 1987). Y es a ese tipo de teoría que apuntamos en el presente proyecto.

A continuación, se contrastará con otras investigaciones

*COMPLEJO DE SALUD-RECREACIÓN Y RESIDENCIA PARA EL ADULTO MAYOR EN ANCÓN – AUTOR: ÍTALO JUNNIOR ARRIARÁN JUSCAMAITA*

Esta investigación se basa más en mejorar la identidad del lugar a través de un master plan y un proyecto arquitectónico con la implementación de un Complejo de Salud-Recreación y Residencia para el Adulto Mayor; y no tanto en el bienestar del adulto mayor, proponiendo como objetivo central el *“diseño de un equipamiento urbano en el distrito de Ancón, basado en la identificación de las necesidades técnicas, espaciales y sociales de dicha localidad como parte de un master plan.”*

De acuerdo a nuestra ubicación del terreno esta no necesita de un master plan al ya estar en una zona consolidada en el distrito de Santiago de Surco.

*CENTRO GERONTOLÓGICO SAN MARTÍN DE PORRES - BARRIO DE MONSERRATE*

*Autor: FEDERICO URIAS DELGADO REÁTEGUI*

El objetivo de esta investigación se basó en *“Diseñar un centro de atención diurna especializado en Gerontología, que se integre a un inmueble adyacente, teniendo como contexto el barrio de Monserrate en el CHL.”*

De acuerdo a esta investigación esta se circunscribe a la gerontología y el proyecto está orientado a la creación de servicios terapéuticos y asistenciales para lo cual se desarrolla en la definición del tipo de Usuario PAM, donde se investiga sus necesidades básicas y su participación en la sociedad, luego se centra en la investigación de la accesibilidad arquitectónica y por último en el entorno del proyecto.

Aun cuando en su investigación explica la salud mental, física y su participación en la sociedad el proyecto se centra solamente en el aspecto de la salud física.

Según el proyecto arquitectónico planteado esta contempla actividades orientadas a la salud del adulto mayor tanto físico como psicológico, siendo esta un complemento a lo planteado en esta investigación respecto a la necesidad de la atención de la salud.

*CENTRO DE DESARROLLO Y ASISTENCIA PARA EL ADULTO MAYOR*

*Autores: KAREN RAMÍREZ-GASTÓN MARQUES- BARBOSA*

Su objetivo principal era la de elaborar un *“proyecto destinado a fomentar la estabilidad, el desarrollo personal, físico e intelectual del adulto mayor, donde se brindarán servicios no solo de recreación y habitación, sino también de asistencia geriátrica básica, educación y actividades que le permitan integrarse mejor a su comunidad.”*

Este proyecto se enfoca básicamente en darle un sistema educativo y de actualización al adulto mayor.

Se plantea crear espacios diferenciados y separados entre adultos mayores independientes, los semi dependientes y los dependientes, así tenemos que este proyecto cuenta con áreas de residencia, educativo, de salud, de recreación y de consultoría.

Este proyecto respecto a lo planteado en nuestro proyecto también se enfoca en darle al adulto mayor un valor en la sociedad, que no se siga con el estereotipo de ser una carga sino por el contrario que aún pueda producir y pueda seguir desarrollándose.

*“CONDominio PARA EL ADULTO MAYOR EN EL DISTRITO DE SAN BORJA”*

*AUTORES: BACH. GUERRERO MIRANDA, KARINA PAMELA BACH. SOTILLO BERNAL, HUGO ISMAEL*

Según esta investigación el proyecto se basa principalmente en *“Diseñar un Condominio para el Adulto Mayor en el Distrito de San Borja, que permita a través de su arquitectura mejorar la calidad de vida y lograr la interrelación de la sociedad con este grupo social.”*

Así en su desarrollo se plantea algo similar con nuestro centro del adulto mayor donde se ofrecen servicios de Atención Médica, de Residencia, De actividades culturales y de Recreación que pueda brindar una mejor calidad de vida.

*CENTRO INTEGRAL PARA EL ADULTO MAYOR – Autor: Cristián Ruiz Rudolph*

Esta investigación tiene como objetivo principal el de *“Desarrollar un proyecto arquitectónico que permita acoger un envejecimiento saludable y autovalente, que retrase los procesos de deterioro, con el fin de mantener y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.”*

La investigación está orientada a satisfacer las necesidades de personas adultas mayores sin hogar y en extrema pobreza, dándoles una atención integral en materia de salud y cuidado necesario para que puedan obtener en estos en los hogares una vida digna.

Este proyecto sostiene que a través de una óptima atención al adulto mayor se pueda prevenir el aumento de la dependencia y esto se obtendría a través de intervenciones terapéuticas y rehabilitadoras para recuperar y/o mantener el máximo grado de autonomía personal)

De lo mencionado en este proyecto, desde mi percepción por ser un lugar destinado a las personas adultas mayores en extrema pobreza sin recursos, basándonos en la realidad actual del país y los diferentes factores que engloba una gestión, lamentablemente es muy complicado el éxito de dicho objetivos, ya que la demanda según proyecciones es muy grande versus a las condicionantes de apoyo que se le pueda brindar, por tal motivo mi propuesta es un centro privado destinado aquellas personas que han tenido una cultura de ahorro durante sus tiempos de fortaleza y juventud y planifican llevar un envejecimiento saludable y activo en un entorno favorable que promueva su bienestar y cuidados adecuados, socializando y desarrollándose en actividades que estuvieron ocultas por las diferentes responsabilidades de su vida de crecimiento económico.

## VI. CONCLUSIONES



*Figura 35. Plano de ubicación*

Fuente: Elaboración propia

Tomar consciencia de las etapas de la vida, siendo parte de nuestra naturaleza, y que todos pasaremos por lo mismo hasta la muerte, y la idea con esta investigación es aceptarla, prepararse y formarnos con una cultura de cuidado y prevención, permitiendo contrarrestar los procesos de deterioros y patologías que afloran en la etapa del envejecimiento, de tal forma de llevar un envejecimiento activo y saludable, logrando que se debe morir joven lo más tarde posible, ya que todos queremos vivir muchos años, pero lo importante es que sea con dignidad, libres de dependencia y enfermedades con tratamientos invasivos

Y eso podría ser posible con un estilo de vida saludable, buenos hábitos, cuidando nuestro cuerpo y mente.

Por lo que, de la investigación, se pueden rescatar varios conceptos teóricos que definen que los hábitos, actividades, entorno y el estilo de vida influye mucho en el deterioro o bienestar durante el envejecimiento

Y debemos valorar que los adultos Mayores formaron su sabiduría con las experiencias vividas, en familia, en sociedad, laboralmente y por ende, deben trascender compartiendo esos conocimientos con las nuevas generaciones.

Así también los factores espaciales de confort, acogedores, típicos de un hogar, influyen en el sentimiento de bienestar, evitando las sensaciones de encierro y miedos, entre los cuales la iluminación, ventilación, las áreas verdes, áreas de reunión, son muy importante en una infraestructura destinada para el adulto mayor. Por eso debemos inspirarnos arquitectónicamente proponiendo espacios verdes, con diferentes actividades recreativas, relajantes, culturales que den semejanza a los parques y cumplan una influencia positiva, motivando a socializar y compartir experiencias.

Durante el envejecimiento se van perdiendo algunas facultades físicas, por ello es necesario contemplar una arquitectura integrada, limpia, fácil de circular con colores vivos, sin desniveles, iluminada, ventilada, interactuando con el contexto y amigable con la naturaleza y una arquitectura sostenible.

De igual manera, una persona adulta mayor requiere de mucho cariño, afecto, sentirse útil, valorado, por lo que esta etapa debe considerarse una oportunidad de auto descubrirse, de aprender cosas nuevas, de cosechar lo cultivado en los tiempos de juventud, o simplemente que esté llena de vida y que las pueda compartir con sus seres queridos, sintiendo que puede aportar hasta el último día de sus vidas, evitando la angustia de sentirse una carga para los demás, puesto que estos centros van a preparar a las personas adultas mayores para que transformen sus miedos en productividad y nuevos anhelos

## **VII. RECOMENDACIONES**

Dar a conocer la problemática del adulto mayor a través de programas que inculquen la cultura del ahorro y cuidados oportunos a fin de crear conciencia sobre el envejecimiento saludable y activo, dando como resultado una vida digna y que el progresivo incremento de esperanza de vida tenga un impacto positivo en la sociedad con activa participación e integración.

Fomentar programas para tratar esta etapa de vida de los adultos mayores, preparándolos para llevarlo de la mejor forma.

Facilitar las atenciones preventivas de salud para los adultos mayores, de tal forma de evaluarlos y guiarlos oportunamente en todos los aspectos (físicos, emocionales.), para que sepan sobrellevar los posibles problemas que se presentan en la vejez.

Reflexionar acerca de esta etapa de vida y quitar esos miedos que se tienen acerca de estos lugares para el adulto mayor, ya que las proyecciones indican un crecimiento de PAM y la esperanza de vida, por lo que es necesario contemplar las infraestructuras adecuadas para su preparación y cuidado.

## VIII. REFERENCIAS

- Arriarán Juscamaita, Í. (2014). Complejo de salud - recreación y residencia para el adulto mayor en Ancón. Bachiller. Universidad San Martín de Porres.
- Bach. Rodriguez, J. *Influencia del escaso soporte familiar en la calidad de vida de los usuarios en el círculo del adulto mayor de EsSalud- Policlínico el Porvenir: 2015* Obtenido de <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/7892/RODRIGUEZ%20CARBONELL%20JULEYSI%20LISBETH%28FILEminimizer%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Blog (psicología de la vejez) *Sistemas de atención de salud para el adulto mayor en el Perú* Obtenido de <http://desarrollopsicologicoiii.blogspot.com/2012/04/sistemas-de-atencion-de-salud-para-el.html>.
- Ceron, X. *Calidad de vida y su relación con la salud oral en personas de la tercera edad* Obtenido de <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/853>.
- EsSalud. *Historia de servicios de atención al adulto mayor en Perú* Obtenido de <http://www.essalud.gob.pe/adulto-mayor/>.
- EsSalud. *Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD)* Obtenido de <http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/publicacion/LEY27056ESSALUD.pdf>.
- Fong, J. y Bueno, J. *Geriatría: ¿Es desarrollo o una necesidad?* Obtenido de [http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol6\\_1\\_02/san11102.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol6_1_02/san11102.pdf).

- Fundación Canevaro. *Asilo de las hermanitas de los ancianos desamparado*. Obtenido de <http://www.fundacioncanevaro.org.pe/index.php/nuestros-beneficiarios/asilo-de-las-hermanitas-de-los-ancianos-desamparados/>.
- Giró Miranda, J. (2004). *Envejecimiento y sociedad - Una perspectiva pluridisciplinar*. [Libro] Rioja. Available at: <http://file:///C:/Users/Henry/Downloads/Dialnet-EnvejecimientoYSociedad-4783.pdf> [Accessed 4 May 2018].
- HelpAge International *El Informe sobre el Envejecimiento y el Desarrollo: un resumen*. Obtenido de [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/informe\\_sobre\\_env\\_y\\_desarrollo\\_1.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/informe_sobre_env_y_desarrollo_1.pdf).
- Hernandez, J. *Envejecimiento: Introducción*. Obtenido de <https://scykness.wordpress.com/2014/02/13/envejecimiento-introduccion/>
- Hernando, M. *El Fenomeno del Envejecimiento*. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2756876>.
- INABIF. *Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar*. Obtenido de <http://www.inabif.gob.pe/portalweb/index.php>.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Situación de la Población Adulta Mayor*. Obtenido de [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico\\_poblacion-adulta-mayor-oct-nov-dic2015.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico_poblacion-adulta-mayor-oct-nov-dic2015.pdf).
- Llado, M. *Historia no comentada de la geriatría en el Perú*. Obtenido de <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/Geronto/n1/a1.pdf>.

- Manrique, G. *Situación del adulto mayor en el Perú* Obtenido de <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/viewFile/377/344>
- Martínez, H., Mitchell, M. and Aguirre, C. (n.d.). SALUD DEL ADULTO MAYOR - GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA. [ebook] Available at: <http://preventivaysocial.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2014/04/Unidad-5-Salud-Adulto-Mayor-V-2013.pdf> [Accessed 9 Jul. 2018].
- Ministerio de La Mujer y Poblaciones Vulnerables *Plan Nacional Para las Personas Adultas Mayores* Obtenido de <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/planpam3.pdf>.
- Ministerio de Economía y Finanzas *Ley de creación del Sistema Nacional para la Población en riesgo* Obtenido de [https://www.mef.gob.pe/contenidos/conta\\_public/2003/tomo2/12\\_SOCIEDAD\\_ES\\_DE\\_BENEFICENCIA\\_PUBLICA.pdf](https://www.mef.gob.pe/contenidos/conta_public/2003/tomo2/12_SOCIEDAD_ES_DE_BENEFICENCIA_PUBLICA.pdf).
- Principios de las naciones unidas en favor de las personas de edad. (2018). [ebook] Available at: <http://www.acnur.org/5b6caf814.pdf> [Accessed 8 May 2018].
- Noejovich, H. *Las Políticas Comerciales y Cambiarias en el Perú de Jorge Rojas* Obtenido de <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/economia/article/view/510>.
- Organización de las Naciones Unidas *Carta de los derechos de las personas mayores* Obtenido de [https://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/8/51618/Derechos\\_PMayores\\_M2.pdf](https://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/8/51618/Derechos_PMayores_M2.pdf).

- Organización de las Naciones Unidas *Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe.*
- Prieto, O. *Gerontología y Geriatría. Breve resumen histórico* Obtenido de [http://bvs.sld.cu/revistas/res/vol12\\_2\\_99/res01299.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/res/vol12_2_99/res01299.htm).
- Rafael Castro, Y. (2014). La influencia de las inadecuadas prácticas de habilidades sociales en las relaciones interpersonales de los adultos mayores del CAM - Trujillo - ESSALUD en el año 2013. Licenciatura. Universidad Nacional de Trujillo.
- Remenyi, M. and Vega Centeno, M. (1996). EL SISTEMA PREVISIONAL EN EL PERU: SISTEMA NACIONAL DE PENSIONES VS. SISTEMA PRIVADO DE PENSIONES. [libro] Available at: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/economia/article/viewFile/506/495>.
- RPP. *La triste realidad del adulto mayor en nuestro país* Obtenido de <http://rpp.pe/lima/actualidad/la-triste-realidad-del-adulto-mayor-en-nuestro-pais-noticia-518112>.
- Varela, L. *Desarrollando respuestas integradas de los Sistemas de Cuidados de la Salud para una población en rápido envejecimiento INTRA II – PERÚ* Obtenido de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/peru-perfil-01.pdf>.
- Vega, M y Remenyil, M. *El Sistema Previsional en el Perú: Sistema Nacional de Pensiones vs. Sistema Privado de Pensiones* Obtenido de <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/economia/article/viewFile/506/495>.
- World Health Organization. (2018). Envejecimiento y salud. [online] Available at: <http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/envejecimiento-y-salud> [Accessed 8 Jul. 2018].

## IX. ANEXOS

### ANEXO A

Humanitas Berweg: EGM Architecten. Rotterdam, Holanda.

El proyecto consiste en complejo de 195 apartamentos para ancianos. Estos se ubican en dos edificios, de doce y cuatro plantas, que a su vez conforman un gran atrio, el centro del proyecto. El programa que se desarrolla en el atrio involucra un restaurante y una plaza hasta lugares de asistencia médica, generando una gran actividad social durante el día (Rudolph, 2006).

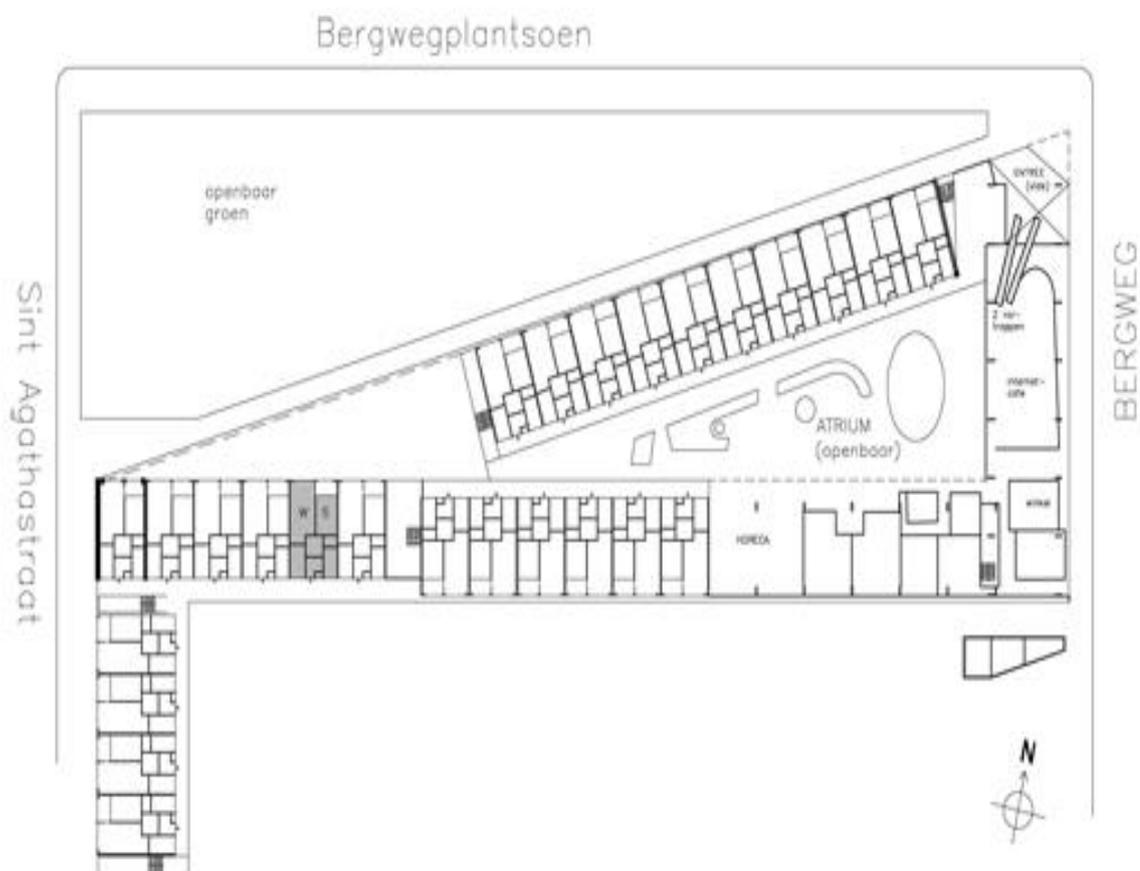


Figura 36. Planta general

Fuente: Rotterdam Woont (2013) / Planta general [Gráfico]. Recuperado de: <https://www.rotterdamwoont.nl/items/view/145/image:1>



*Figura 37. 3D del proyecto completo*

Fuente: EGMT (s.f.) / *Care homes, the new way to get old* [Ilustración]. Recuperado de: <https://www.egm.nl/en/references/publications/care-homes-the-new-way-to-get-old/323>



*Figura 38. Vista desde la calle*

Fuente: Rotterdam Woont (2013) / Vista [Fotografía]. Recuperado de: <https://www.rotterdamwoont.nl/items/view/145/image:1>

## ANEXO B

### Hogar de ancianos. Jorge y Carlos Lobos - Maullín

El edificio se encuentra claramente definido por dos volúmenes, uno social y habitacional, ambos de dos niveles, y la circulación que los une. Pero es esta circulación la principal característica del edificio, puesto que hace fluida la unión de ambos volúmenes. Por un lado, se sube o se baja media altura por medio de la rampa y, por otro, la comunicación de ambos volúmenes es a través de una curva, de la misma rampa (Rudolph, 2006).

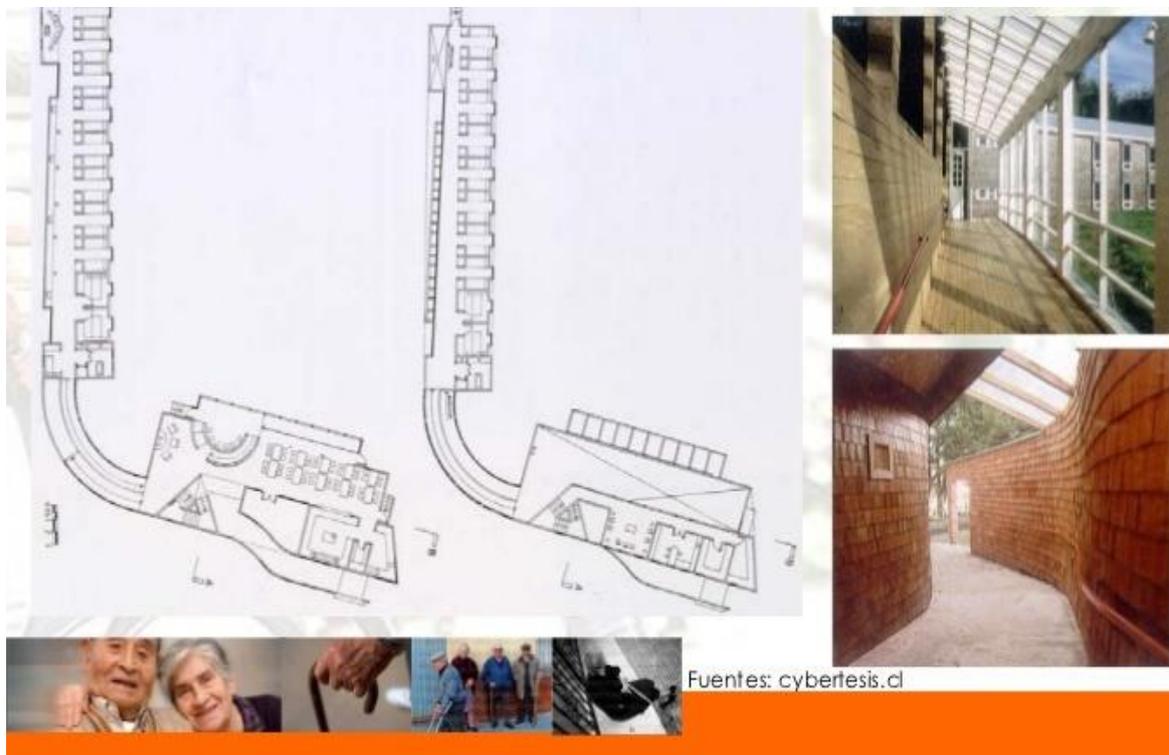


Figura 39. Centro integral residencial para el adulto mayor, la Serena, 4ta edición

Fuente: Slideshare (2017) / [Collage]. Recuperado de: <https://es.slideshare.net/rodrigodelcampo/centro-habitacional-para-el-adulto-mayor-presentation>

## ANEXO C

Residencia Para Adultos Mayores en el Perú “Arcadia- A Luxury Retirement Resort  
en Pachacamac



LA MEJOR RESIDENCIA PARA  
ADULTOS MAYORES EN EL PERÚ

# ARCADIA

*A Luxury Retirement Resort*



**Residencia para Adultos Mayores** que ofrece comodidades y servicios de 5 estrellas con el nivel de los mejores Geriátricos de Estados Unidos y Europa. Viva una vida tranquila, con nuevos amigos y disfrutando de los mejores cuidados.

### Residencia Diferenciadas por Nivel de Asistencia:

#### ✓ Personas Asistidas:

- Atención especializada según la necesidad de cada Residente.
- Asistencia en el aseo personal, vestido, traslado, alimentación, toma de medicinas y otros.
- Se cuenta con un equipo asistencial especializado que cuida del bienestar de los residentes.
- Unidad de Memoria para personas con Alzheimer - Demencia Senil - Parkinson.
- Actividades Recreativas y Motivacionales específicas.



✓ **Personas Independientes**, disfrutan de las comodidades de un hotel todo incluido dejando atrás las preocupaciones de organizar una casa participando de una agenda de actividades que lo mantendrá activo.



Teléfono: 660-4200    [arcadia@arcadia.pe](mailto:arcadia@arcadia.pe)  
[www.arcadia.pe](http://www.arcadia.pe)

**IAHSA** THE GLOBAL AGING NETWORK Arcadia Asociado a IAHSA The Global Aging Network

**SANNA** CONVENIO AMBULANCIAS



¡Los invitamos a visitarnos personalmente  
y descubrir una Comunidad que lo sorprenderá!

Figura 40. Vista desde la calle

Fuente: Glotetls (2018) / Vista [Fotografía]. Recuperado de:  
<https://www.glotels.com/PE/Pachacamac/297398003682508/ARCADIA-A-Luxury-Retirement-Resort>



*Figura 41. Vista de la residencia en Pachacamac - Arcadia*

Fuente: Elaborado por autores con imágenes de la Página Web Oficial Google Maps.

Está ubicado en el distrito de Pachacamac, a media hora de la ciudad de Lima. Este proyecto ofrece un concepto innovador en residencias de lujo para el adulto mayor fuera del caos de la ciudad (Serperuano, 2013).



*Figura 42. Vista de la residencia en Pachacamac - Arcadia*

Fuente: Elaborado por autores con imágenes de la Página Web Oficial Google Maps.

Arcadia, el primer resort para el adulto mayor del Perú considerado el mejor de América Latina, anunció su incorporación a International Association of Homes and Services for the Ageing (IAHSA), la más grande red mundial de residencias geriátricas.

Así lo indicó Augusto Elías, gerente general, resaltando que Arcadia es la única residencia geriátrica en el Perú que pertenece a IAHASA (Serperuano, 2013).

Arcadia es el primer resort para adultos mayores en el Perú, que opera desde la quincena de noviembre del 2013. Se trata de una residencia geriátrica, tipo hotel cinco estrellas, único en el Perú, que ha sido diseñado dentro de los estándares de residencias geriátricas de Estados Unidos, España y Chile (Serperuano, 2013).

La inversión realizada en Arcadia asciende a aproximadamente US\$18 millones. Está dirigido al segmento A, personas mayores de 65 años. “Con Arcadia se busca innovar el mercado, brindando un servicio específico a un público que no tenía oferta para sus necesidades”, manifestó Augusto Elías, gerente general de Arcadia (Serperuano, 2013).

Las instalaciones de Arcadia están ubicadas en Pachacamac. Tiene 15 mil metros cuadrados de áreas verdes, y 7 mil metros cuadrados de área construida. Tiene 102 habitaciones y una capacidad para albergar a 140 residentes (Serperuano, 2013).

El mayor valor que aporta Arcadia es brindar al residente una vida activa y en comunidad, para lo cual tienen diseñado un plan de actividades (Tai Chi, yoga, música, teatro, natación, y otras actividades recreativas) (Serperuano, 2013).

Ofrece servicios para adultos mayores dependientes e independientes.

Este servicio integral, incorpora una habitación con la opción de elegir entre departamentos, Suites o Junior Suites, con diversos servicios, incluye la limpieza de habitación, lavandería, alimentación, controles médicos preventivos, asistencia médica

de emergencia en caso sea requerido, evacuación en ambulancia, si la persona lo requiere, opcionalmente también hay evacuación aérea (Serperuano, 2013).

Adicionalmente, cuenta con servicios como gimnasio, piscina temperada, sala de cine, biblioteca, ocho salas de estar, una sala principal, jardines, huertos, capilla para oración, entre otros servicios (Serperuano, 2013).

En sus instalaciones cuentan con amplios departamentos con un área de 70m<sup>2</sup> aproximadamente, también tienen los seniors suites de un solo ambiente con baño propio y terraza de 38m<sup>2</sup>, y las suites que son un poco más pequeñas también de un solo ambiente con un área de 36m<sup>2</sup>. Adicionalmente cuenta con comedor, consultorios, enfermería, lavandería, peluquería, piscina, gimnasio, capilla, salas de lectura, cine o estar, salón de juegos, talleres ocupacionales, estacionamientos y espacios recreativos exteriores. Las instalaciones han sido especialmente concebidas, diseñadas y construidas de acuerdo a los más altos estándares internacionales a fin de brindar la mejor calidad de vida a los residentes (Serperuano, 2013).

Con una inversión aproximada de US\$ 18 millones se constituyó en el primer resort para adultos mayores en el Perú (Serperuano, 2013).

"Donde se han colocado pisos anti deslizantes para la protección de las personas. Las habitaciones tienen vista a los jardines, baño privado, especialmente diseñado. Se ha utilizado el Código de Accesibilidad de Cataluña que regula la construcción de

residencias geriátricas en España. Las puertas son anti-ruido para darle mayor privacidad a los residentes", dijo (Serperuano, 2013).

Asimismo, incluye un conjunto de actividades como clases de Tai Chi, yoga, música, teatro, uso de todas las instalaciones, actividades recreativas y motivacionales, uso de la piscina, jardines, etc (Serperuano, 2013).

El ejecutivo dijo además que Arcadia tiene un programa que busca integrar a la familia. "Tenemos vehículos que transportan a los residentes a sus compromisos y se busca integrar a las familias con un conjunto de actividades diseñadas para tal fin, como por ejemplo una zona de juegos para niños y una zona de parrillas", dijo (Serperuano, 2013).

"En el Perú no existe una oferta similar", enfatizó Augusto Elías. "Solo existen micro residencias, casas adaptadas para funcionar como residencias geriátricas, pero que no reúnen los estándares internacionales de una residencia geriátrica de categoría", comentó.

Acotó que existe una fuerte demanda en el país para este tipo de servicios. En Lima, existen 500 residencias geriátricas mapeadas por el Ministerio de Salud, el Ministerio de la Mujer y la Municipalidad de Lima. "De estas 500 residencias, 160 cuentan con licencia y 340 no cuentan con licencia de funcionamiento", manifestó (Serperuano, 2013).

El ejecutivo también agregó que, con los 7 mil metros cuadrados de jardín, los residentes también tienen la posibilidad de hacer sus propios huertos (con mesas elevadas, de ser necesario). Arcadia -anotó- no es un lugar para "estar de paso". De hecho, se puede vivir todo el tiempo que el residente lo desee, pero si no está satisfecho, la empresa tiene cláusulas contractuales donde se devuelve una porción del pago realizado (Serperuano, 2013).

## ANEXO D

Hogar para personas mayores dependientes y asilo de ancianos / Dominique Coulon  
& associés



*Figura 43. Vista de la residencia en Pachacamac - Arcadia*

Fuente: Archdaily (2016) / [Fotografía]. Recuperado de: [www.archdaily.pe/pe/795841/hogar-para-personas-mayores-dependientes-y-asilo-de-ancianos-dominique-coulon-and-associes](http://www.archdaily.pe/pe/795841/hogar-para-personas-mayores-dependientes-y-asilo-de-ancianos-dominique-coulon-and-associes)

- **Ubicación.** - Rue de la Source, 14290 Orbec, Francia
- **Arquitectos a cargo** Dominique Coulon, Benjamin Rocchi.
- **Área 5833.0 m<sup>2</sup>, Año Proyecto 2015**

Esta casa de retiro ha sido construida en el corazón de Normandía cerca del pueblo de Orbec. El edificio sigue la curva inclinada de la colina, y es visible desde el valle (Archdaily, 2016).





*Figura 46. Vista interior sala de estar*

Fuente: Archdaily (2016) / [Fotografía]. Recuperado de: [www.archdaily.pe/pe/795841/hogar-para-personas-mayores-dependientes-y-asilo-de-ancianos-dominique-coulon-and-associes](http://www.archdaily.pe/pe/795841/hogar-para-personas-mayores-dependientes-y-asilo-de-ancianos-dominique-coulon-and-associes)

El edificio ha sido diseñado para mejorar las áreas de estar y de paseo. Su fuerza reside en su relación con el paisaje. Cada una de las unidades de vivienda encaja dentro de una sección del edificio, y todas están conectadas a una calle orientada hacia el sur, respaldada por la colina. Esta disposición da vistas a través del edificio de un lado a otro, con luz interrumpiendo las rutas de tráfico y consiguiendo máxima variedad. El color rojo desestructura el espacio y agrega dinamismo. Hemos evitado el uso de los colores convencionales del entorno hospitalario (Archdaily, 2016).



*Figura 47. Vista fachada lateral*

Fuente: Archdaily (2016) / [Fotografía]. Recuperado de: [www.archdaily.pe/pe/795841/hogar-para-personas-mayores-dependientes-y-asilo-de-ancianos-dominique-coulon-and-associes](http://www.archdaily.pe/pe/795841/hogar-para-personas-mayores-dependientes-y-asilo-de-ancianos-dominique-coulon-and-associes).