

La organización social de los cuidados y vulneración de derechos en Perú

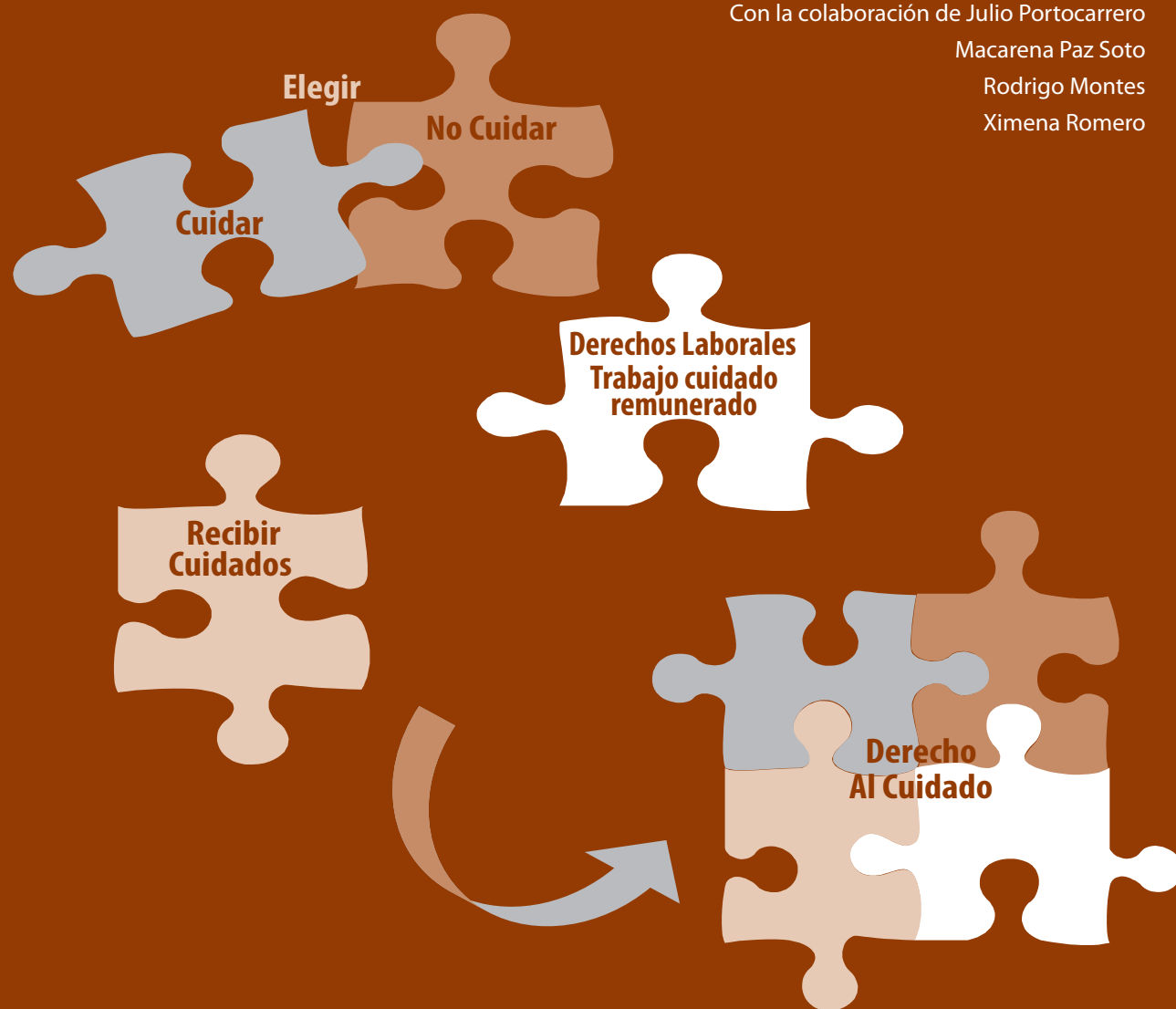
Jeanine Anderson

Con la colaboración de Julio Portocarrero

Macarena Paz Soto

Rodrigo Montes

Ximena Romero



La organización social de los cuidados y vulneración de derechos en Perú

ONU Mujeres es la organización de las Naciones Unidas dedicada a promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres. Como defensora mundial de mujeres y niñas, ONU Mujeres fue establecida para acelerar el progreso que conllevará a mejorar las condiciones de vida de las mujeres y para responder a las necesidades que enfrentan alrededor del mundo.

ONU Mujeres apoya a los Estados Miembros de las Naciones Unidas en el establecimiento de normas internacionales para lograr la igualdad de género y trabaja con los gobiernos y la sociedad civil en la creación de leyes, políticas, programas y servicios necesarios para implementar dichas normas. También respalda la participación igualitaria de las mujeres en todos los aspectos de la vida, enfocándose en cinco áreas prioritarias: el incremento del liderazgo y de la participación de las mujeres; la eliminación de la violencia contra las mujeres; la participación de las mujeres en todos los procesos de paz y seguridad; el aumento del empoderamiento económico de las mujeres; y la incorporación de la igualdad de género como elemento central de la planificación del desarrollo y del presupuesto nacional. ONU Mujeres también coordina y promueve el trabajo del sistema de las Naciones Unidas para alcanzar la igualdad de género.

La organización social de los cuidados y vulneración de derechos en Perú

Autora: Jeanine Anderson

(Con la colaboración de Julio Portocarrero, Macarena Paz Soto, Rodrigo Montes y Ximena Romero)

Coordinadora: Amaia P. Orozco

Diseño y diagramación: Sughey Abreu

ONU Mujeres. Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres. Oficina de Santo Domingo.

César Nicolás Penson 102-A

Santo Domingo, República Dominicana

Tel: 1-809-685-2111

Fax: 1-809-685-2117

Página Web: www.unwomen.org

ISBN: 978-1-936291-47-2

Las opiniones expresadas en esta publicación son las de las autoras y no reflejan necesariamente la opinión de ONU Mujeres, las Naciones Unidas o de sus organizaciones afiliadas.





La organización social de los cuidados y vulneración de derechos en Perú por Jeanine Anderson está bajo licencia de Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported

Usted es libre de:

 copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra

Bajo las condiciones siguientes:

 Reconocimiento - Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciador (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o apoyan el uso que hace de su obra).

 No comercial - No puede utilizar esta obra para fines comerciales.

 Sin obras derivadas - No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra.

Entendiendo que:

*Renuncia - Alguna de estas condiciones puede no aplicarse si se obtiene el permiso del titular de los derechos de autor

*Dominio Público - Cuando la obra o alguno de sus elementos se halle en el dominio público según la ley vigente aplicable, esta situación no quedará afectada por la licencia.

Otros derechos - Los derechos siguientes no quedan afectados por la licencia de ninguna manera:

- o Los derechos derivados de usos legítimos u otras limitaciones reconocidas por ley no se ven afectados por lo anterior.
- o Los derechos morales del autor;
- o Derechos que pueden ostentar otras personas sobre la propia obra o su uso, como por ejemplo derechos de imagen o de privacidad.

Aviso - Al reutilizar o distribuir la obra, tiene que dejar bien claro los términos de la licencia de esta obra.

Este documento fue elaborado en el marco del proyecto de investigación “Construyendo redes: migrantes latinoamericanas en las cadenas globales de cuidado” ejecutado por el antiguo UN-INSTRRAW (ahora ONU Mujeres) con financiación de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID). Dicho proyecto se ha ejecutado de manera simultánea y bajo un mismo marco conceptual y metodológico en Chile, Perú, Bolivia, Ecuador y España, de manera que puede encontrarse un análisis similar sobre la organización social de los cuidados y la vulneración de derechos para cada uno de los cuatro países restantes.

Este proyecto tenía como objetivo general contribuir a la formulación de propuestas que integren el componente del cuidado como eje central del desarrollo y que valoricen el trabajo de cuidados, la responsabilidad colectiva y la igualdad de género en la provisión de cuidados. Y, como uno de sus objetivos específicos, generar datos fiables sobre el papel de la migración femenina –intra y extrarregional- en la reorganización social de los cuidados de dos países de destino (Chile y España) de las mujeres procedentes de tres países de América Latina (Ecuador, Perú y Bolivia). Este documento es uno de los insumos utilizados para cumplir con estos objetivos.

Los equipos encargados de las investigaciones en los países han sido: Postgrado Multidisciplinario en Ciencias del Desarrollo-Universidad Mayor de San Andrés (CIDES-UMSA) en Bolivia, Centro de Estudios de la Mujer (CEM) en Chile, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales-sede Ecuador (FLACSO-Ecuador) en Ecuador, Centro de Investigaciones Sociológicas, Económicas, Políticas y Antropológicas- Pontificia Universidad Católica del Perú (CISEPA-PUCP) en Perú y el antiguo UN-INSTRRAW en España (ahora ONU Mujeres).

Índice

	Introducción.....	1
1.	La demanda de cuidados.....	3
1.1	Estructura de la población: sexo, edad, educación y distribución geográfica.....	3
1.2	Los cuidados, los ciclos y los tiempos de las familias.....	9
1.3	Bono demográfico e índices de dependencia.....	13
2.	La situación laboral y social de las familias.....	17
2.1	Trabajo, empleo y los cuidados.....	17
2.2	Pobreza, precariedad y aseguramiento.....	23
2.3	Conclusiones: riesgos y potencialidades.....	28
3.	La oferta de cuidados fuera de los hogares.....	29
3.1	El sector público.....	29
3.1.1	<i>Atención a la niñez.....</i>	<i>34</i>
3.1.2	<i>Programas de combate de la desnutrición.....</i>	<i>38</i>
3.1.3	<i>Programas de Apoyo Familiar.....</i>	<i>40</i>
3.1.4	<i>Programas para las “etapas” de la vida: juventud y vejez.....</i>	<i>43</i>
3.1.5	<i>Programas de salud.....</i>	<i>46</i>
3.1.6	<i>Las acciones gubernamentales de “cuidado”: reflexiones finales.....</i>	<i>49</i>
3.2	La oferta privada de cuidados.....	50
3.2.1	<i>El tercer sector.....</i>	<i>50</i>
3.2.2	<i>Las iglesias.....</i>	<i>54</i>
3.2.3	<i>La filantropía.....</i>	<i>56</i>
3.2.4	<i>Empresas y gremios empresariales.....</i>	<i>57</i>
3.3	Las comunidades locales y sus organizaciones.....	61
4.	Nodos de vulneración de derechos.....	64
	Referencias.....	68

Índice de gráficas

Gráfico 1: Perú, Población por sexo y grupos de edad. Censos 1972 – 2007.....	4
Gráfico 2: Porcentaje de población urbana y rural en regiones del Perú.....	5
Gráfico 3: Perú: estructura porcentual de la población, por área de residencia y sexo, según grupos quinquenales de edad, 2006.....	6
Gráfico 4: Nivel educativo alcanzado para mayores de 15 años por área de residencia, 2007.....	8
Gráfico 5: Nivel educativo alcanzado para mayores de 15 años por sexo, 2007.....	9
Gráfico 6: Ciclos reproductivos esquematizados, mujeres de distintas condiciones socioeconómicas.....	11
Gráfico 7: Tipos de discapacidad que más afecta a los miembros del hogar.....	12
Gráfico 8: Evolución de las tasas de dependencia total, juvenil y de adultos mayores 1850 - 2050.....	13
Gráfico 9: Tendencia, razón de dependencia de la población y sus componentes.....	14
Gráfico 10: Composición de la PEA según Sexo (millones de personas).....	17
Gráfico 11: PEA ocupada según categoría de ocupación, 2004-2008.....	19
Gráfico 12: Perú, PEA ocupada por categoría de ocupación y condición de pobreza (Porcentaje).....	20
Gráfico 13: Perú, población afiliada a algún seguro por tipo de seguro y área de residencia (Porcentaje).....	25
Gráfico 14: Perú, población afiliada a algún seguro de salud, por departamento (Porcentaje).....	26
Gráfico 15: Aportantes y recaudación, sistema público de pensiones.....	27
Gráfico 16: Tipos y distribución de casos atendidos.....	35
Gráfico 17: Adopciones nacionales e internacionales, 2005-2009.....	36
Gráfico 18: Motivos de ingreso a los hogares del INABIF.....	42
Gráfico 19: Atenciones en distintas modalidades de centros familiares INABIF.....	43
Gráfico 20: Atenciones en los Centros Emergencia Mujer por departamento.....	44
Gráfico 21: Formación laboral elegida por jóvenes participantes del programa ProJoven.....	47

Índice de cuadros

Cuadro 1: Evolución de la tasa global de fecundidad por áreas urbana y rural, 1950-2000.....	6
Cuadro 2: Proyección de la Tasa Global de Fecundidad por áreas urbana y rural, 1995-2025.....	7
Cuadro 3: Población de 15 y más años de edad que no sabe leer ni escribir.....	8
Cuadro 4: Indicadores demográficos relacionados con patrones contrastados de organización de la formación de pareja y tenencia de hijos en mujeres de dos estratos socioeconómicos y educativos.....	10
Cuadro 5: Mujeres y madres adolescentes según área, 2007.....	11
Cuadro 6: Hogares con algún miembro con discapacidad.....	12
Cuadro 7: Perú, índices de cuidado por tipo de índice y departamento, 2007.....	15
Cuadro 8: Perú, demanda de cuidados a mujeres entre 18 y 64 años por grupo de edad y sexo, 2007.....	16
Cuadro 9: Perú, población ocupada por área de residencia, según sexo (Porcentaje).....	18
Cuadro 10: Población Económicamente Activa Censada según Sexo y Nivel Educativo Alcanzado.....	18
Cuadro 11: Perú, ingreso laboral trimestral promedio, según nivel educativo y sexo (Nuevos Soles).....	21
Cuadro 12: Perú, actividades económicas relacionadas con el cuidado por área de residencia, 2007.....	21

Cuadro 13: Perú, incidencia de la pobreza, según ámbitos geográficos, 2004-2007 (Porcentaje del total de la población).....	23
Cuadro 14: Perú, incidencia de la pobreza extrema, según ámbitos geográficos, 2004-2007 (Porcentaje del total de la población).....	24
Cuadro 15: Población censada con seguro de salud por tipo.....	25
Cuadro 16: Talla y estado nutricional de mujeres en edad reproductiva.....	40
Cuadro 17: Perú, profesionales de la salud por cada mil habitantes, 2006.....	48
Cuadro 18: Organizaciones que conforman el tercer sector peruano.....	52
Cuadro 19: Empleo (tiempo completo) en el sector privado sin fines de lucro.....	52
Cuadro 20: Organizaciones comunitarias del tercer sector (estimaciones).....	61
Cuadro 21: Derechos a recibir servicios de cuidado: menores de edad.....	66
Cuadro 22: Derechos a recibir servicios de cuidado: adultos y discapacitados.....	66
Cuadro 23: Derechos a la provisión de cuidados.....	67

Introducción

El régimen social peruano ha sido caracterizado como “exclusionista” (Filguiera y Filguiera 2002). A nivel de aspiraciones antes que su funcionamiento real, tiene cierta afiliación a los regímenes que Esping-Andersen (1990) identifica con los países de Europa continental en su influyente tratado sobre los “tres mundos del bienestar capitalista”. Estos regímenes, que el autor clasifica como corporativistas-comunitarios, contrastan con los regímenes liberales (países anglosajones) y socialdemócratas (países escandinavos). El mismo reconoce la dificultad de aplicar su análisis al mundo no desarrollado o en vías de desarrollo (Esping-Andersen 1996). La clasificación original supone la existencia de Estados con la capacidad para administrar los servicios públicos, normar y vigilar la prestación de servicios privados y ejecutar los programas necesarios a fin de asegurar un nivel adecuado de bienestar para toda la población.

El Perú es uno de los países latinoamericanos que ha tenido mayores dificultades para generalizar entre su población un estado de bienestar o siquiera un mínimo acceso al consumo, la seguridad y la posibilidad de proyectarse hacia el futuro con cierto grado de expectativa. La poca eficacia del Estado es solamente una de las razones. De su pasado como centro del imperio colonial español, el país heredó fuertes desigualdades y escisiones internas. Alrededor de la mitad de la población es indígena o de raíz indígena y pertenece a un estamento que ha sido discriminado desde la fundación de la república. La pobreza, el analfabetismo y la exclusión política y social se concentran en los sectores indígenas de la sierra andina y la cuenca amazónica. Los analfabetos —mayormente indígenas, hablantes de lenguas nativas, y rurales— sólo adquirieron el derecho al voto en 1979.

Las mayores desigualdades en el acceso a servicios, ingresos y bienestar se producen entre las zonas urbanas y rurales. De hecho, la única solución a la pobreza para millones de peruanos ha sido la migración interna: trasladarse desde la sierra y selva rural hacia las ciudades de la costa. Este movimiento ha transformado el país de ser predominantemente rural en 1940 a su actual condición de país predominantemente urbano. Más del 70% de la población vive en centros urbanos de 2,000 habitantes a más. Casi un tercio —8 millones de peruanos y peruanas— vive en la zona metropolitana de Lima-Callao.

Más allá de su difícil geografía (los Andes, la cuenca amazónica que ocupa la mitad del territorio nacional), el Perú oficial nunca ha tenido una vocación integradora. Salvo algunos períodos excepcionales, la política social no ha aspirado a la equidad. Más bien, su espíritu ha sido paliar el sufrimiento de los más excluidos. En años recientes, eso se ha traducido en la casi identificación de la política social con políticas de combate a la pobreza. El afán ha sido hallar mecanismos eficientes y eficaces de transferencia de ciertos recursos desde

los no pobres hacia los pobres y, sobre todo, perseguir el crecimiento económico y los efectos de goteo que éste puede tener sobre la mitad del país oficialmente pobre.

La cobertura del Estado, el funcionamiento de la administración pública y la calidad de las políticas públicas son puntos en debate en cualquier consideración de la organización del cuidado y la distribución del bienestar en el Perú. El Informe de Desarrollo Humano del PNUD de 2008 se enfoca en el Estado y el mercado. Hace muchas décadas los científicos sociales hablaron sobre la distancia entre el Estado y las grandes masas y la vida cotidiana de la población. Como veremos en este informe, es esencial incorporar en el análisis al sector privado filantrópico, a las organizaciones comunitarias y a las familias. Evidentemente, la organización social de los cuidados en el Perú depende vitalmente de este segundo conjunto de actores.

1. La demanda de cuidados

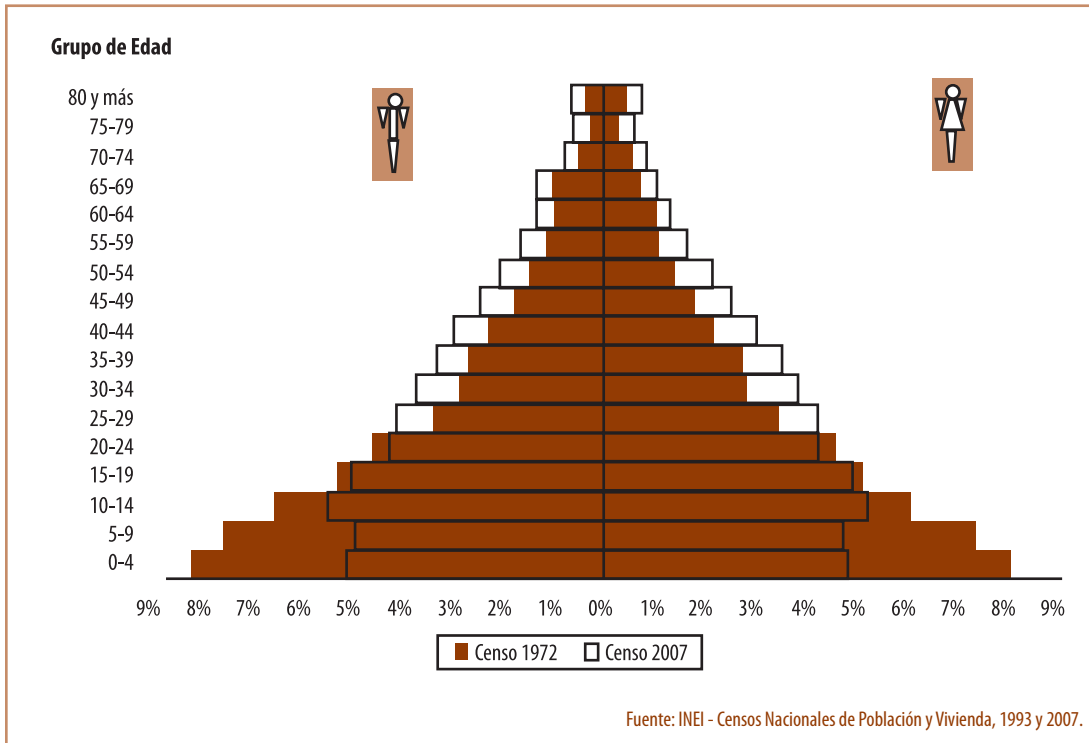
El Perú plantea fuertes retos para la organización social del cuidado así como el aprovisionamiento de los recursos que sustentan dicha organización. Los retos vienen de la distribución y composición de la población y reflejan los procesos históricos de exclusión y desatención pero también los esfuerzos desplegados desde múltiples actores. En esta sección se pasa revista a los hechos saltantes de la situación actual del país que establecen el contexto para la acción de las familias, el Estado, el mercado, el tercer sector y las comunidades locales, en respuesta a la realidad actual del país.

1.1- Estructura de la población: sexo, edad, educación y distribución geográfica

El siglo XX representó para el Perú una etapa de grandes transformaciones demográficas. Se produjo una “explosión demográfica” ya que entre 1940 e inicios del nuevo milenio la población total pasó de siete a veintisiete millones de habitantes. El factor principal para explicar este crecimiento fue la caída de la mortalidad debido al incremento de la cobertura de los servicios de salud y a las mejoras en los niveles de vida de la población. Desde hace más de treinta años, este proceso es acompañado por una dramática disminución de la natalidad. “En tan sólo seis décadas la mortalidad se redujo a la cuarta parte y la natalidad a la mitad” (Aramburú y Bustinza, 2007:62).

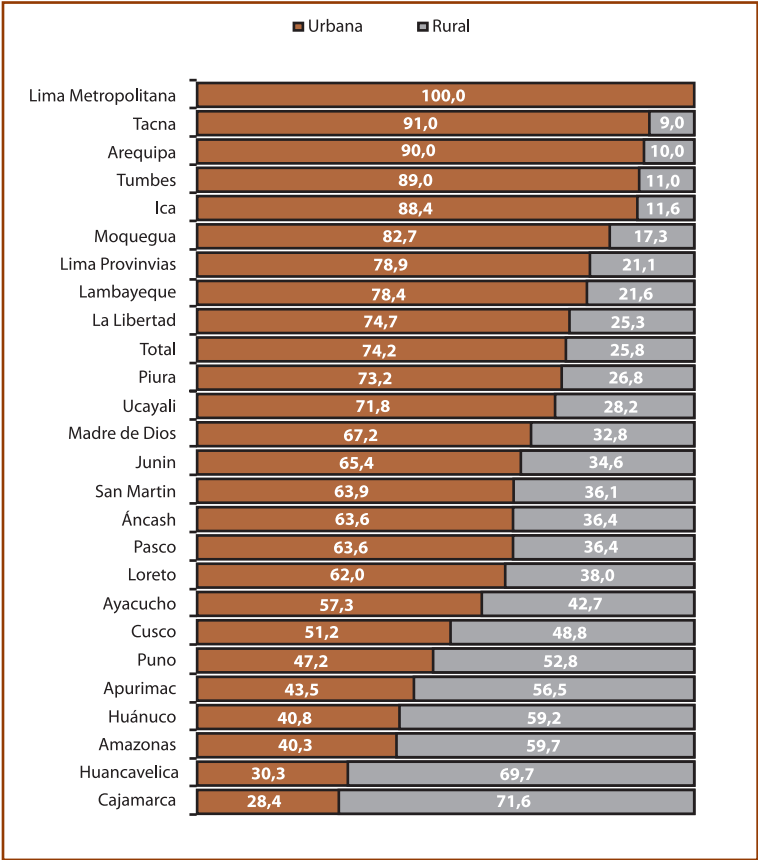
Ambos procesos han delineado cambios en la estructura etaria de la población. Por un lado, la base de la pirámide poblacional se ha acortado ya que la proporción de menores de nueve años se redujo a casi la mitad en los últimos treinta años. Por el otro, el segmento de la población entre 20 y 60 años se incrementó considerablemente. Paralelamente, la proporción de adultos mayores muestra un incremento moderado y estable en este mismo periodo.

Gráfico 1: Perú, Población por sexo y grupos de edad. Censos 1972 - 2007



El Perú es hoy predominantemente urbano, con el 72% de la población que habita en el área urbana. A nivel departamental se observan dos grandes grupos: uno compuesto de 19 departamentos cuya población es mayoritariamente urbana y, otro, integrado por 6 departamentos, cuya población es principalmente rural (Gráfico 2; año de referencia 2006). Existe una relación entre el nivel de urbanización de las regiones y sus niveles de desarrollo humano y bienestar. La pobreza se concentra en las zonas rurales, especialmente alto andinas y sur andinas.

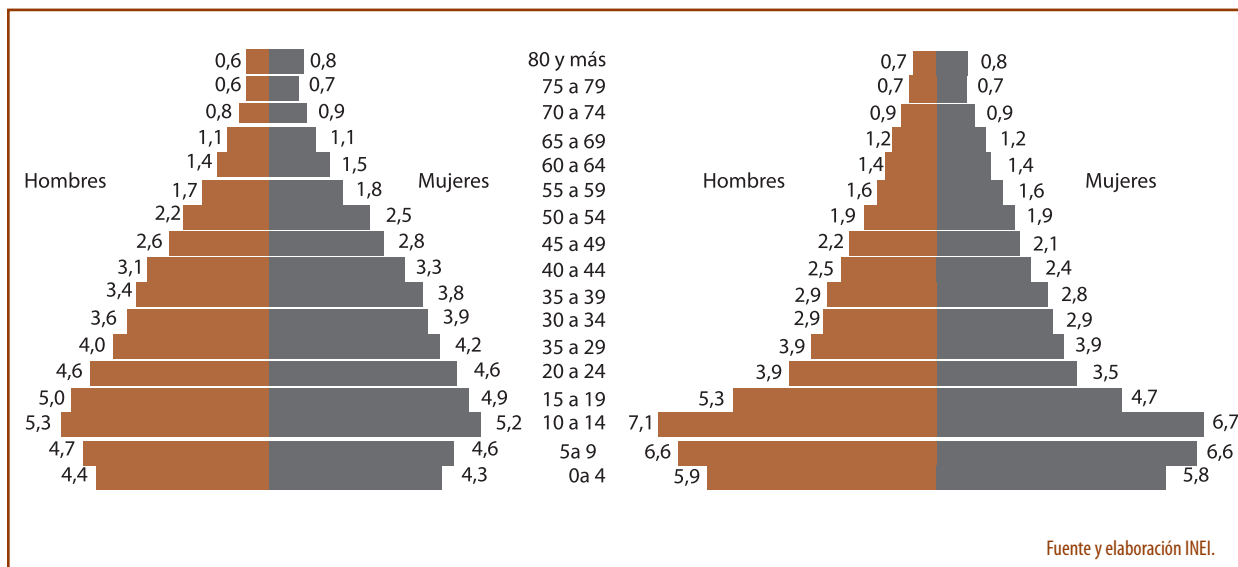
Gráfico 2: Porcentaje de población urbana y rural en regiones del Perú



La distinción urbano-rural marca diferencias notables en los indicadores demográficos, entre ellos las tasas de crecimiento. Se observa una desaceleración general en la evolución de las cifras de este indicador, desaceleración que es mucho más acentuada en el contexto rural. Ahí, la tasa promedio de incremento intercensal entre 1993 y 2007 fue de 0.01%.

La base de la pirámide demográfica en las zonas rurales es más ancha y la proporción de población joven y adulta es considerablemente menor, a comparación de las zonas urbanas. La estructura porcentual global por sexo y edades de la población urbana y rural difiere notablemente (Gráfico 3). Las diferencias se deben, entre otros factores, a las desigualdades en el acceso a la salud reproductiva entre ambos espacios y a un sostenido patrón de migración del campo a la ciudad de la población joven y adulta rural.

Gráfico 3: Perú: estructura porcentual de la población, por área de residencia y sexo, según grupos quinquenales de edad, 2006



La tasa global de fecundidad tiende a decrecer independientemente del área de residencia de la población (Cuadro 1). No obstante, la caída es bastante mayor en las zonas urbanas. A inicios del siglo XXI, las mujeres peruanas urbanas tenían un promedio de 2.6 hijos mientras que las mujeres rurales tenían en promedio 5.2 hijos.

Cuadro 1: Evolución de la tasa global de fecundidad por áreas urbana y rural, 1950-2000

Tasa Global de Fecundidad			
	Nacional	Urbana	Rural
1950-1955	6.85		
1955-1960	6.85		
1960-1965	6.85		
1965-1970	6.56		
1970-1975	6.00	5.09	7.55
1975-1980	5.38	4.36	7.45
1980-1985	4.65	3.64	7.08
1985-1990	4.10	3.14	6.70
1990-1995	3.70	2.88	6.20
1995-2000	3.20	2.60	5.20

Fuente y elaboración: INEI (2001)

Las proyecciones indican que las brechas existentes entre las zonas rurales y urbanas permanecerán constantes dentro de los siguientes quince años (Cuadro 2).

Cuadro 2: Proyección de la Tasa Global de Fecundidad por áreas urbana y rural, 1995-2025

Tasa Global de Fecundidad (TGF) Hipótesis Media 1/		
	Urbana	Rural
1995-2000	2.60	5.20
2000-2005	2.36	4.56
2005-2010	2.17	3.96
2010-2015	2.03	3.45
2015-2020	1.94	3.05
2020-2025	1.88	2.75

1/ El informe (INEI 2001 pág. 22) la considera la estimación oficial, relevante para tomar decisiones de política.

Fuente y elaboración: INEI (2001)

Se estima que mientras la tasa global de fecundidad entre las mujeres con educación superior es de 1.5, las mujeres analfabetas en condición de pobreza presentan una tasa de 5 hijos por mujer. Estos datos sugerirían que la caída de la fecundidad en los sectores menos educados y con menores ingresos recién alcanzaría las cifras actuales globales para mediados del siglo XXI (Aramburú y Bustinza, 2007). Las mujeres más educadas accedieron antes y con mayor eficacia al control de su fecundidad y tuvieron menores barreras para el acceso a oportunidades laborales y profesionales que las mujeres de menores recursos.

Si bien las brechas intergeneracionales en el acceso a la educación se han acortado progresivamente en las últimas décadas existen diferencias significativas entre los grupos de edad que conforman nuestra población. En el cohorte entre los 25 a 39 estas brechas van en aumento llegando a representar una diferencia de casi un 20% entre los varones y mujeres de más de 40 años. Entretanto, el analfabetismo sigue afectando a más mujeres que hombres y, aunque presente en las ciudades, se concentra en las zonas rurales. Geográficamente, el alfabetismo es mayor en la costa (a diferencia de la sierra y la Amazonía) y en Lima Metropolitana.

Cuadro 3: Población de 15 y más años de edad que no sabe leer ni escribir

Sexo/Área de residencia	Censo 1993		Censo 2007		Variación Intercensal Absoluto %
	Población analfabeta	Tasa de analfabetismo	Población analfabeta	Tasa de analfabetismo	
Total	1,784,281	12.8	1,359,558	-424,723	-23.8
Hombre	487,113	7.1	336,270	-150,843	-31
Mujer	1,297,168	18.3	1,023,288	-273,880	-21.1
Urbana	683,841	6.7	548,790	-135,051	-19.7
Rural	1,100,440	29.8	810,768	-289,672	-26.3

Fuente y elaboración: INEI 2008c

Gráfico 4: Nivel educativo alcanzado para mayores de 15 años por área de residencia, 2007 (Porcentaje)

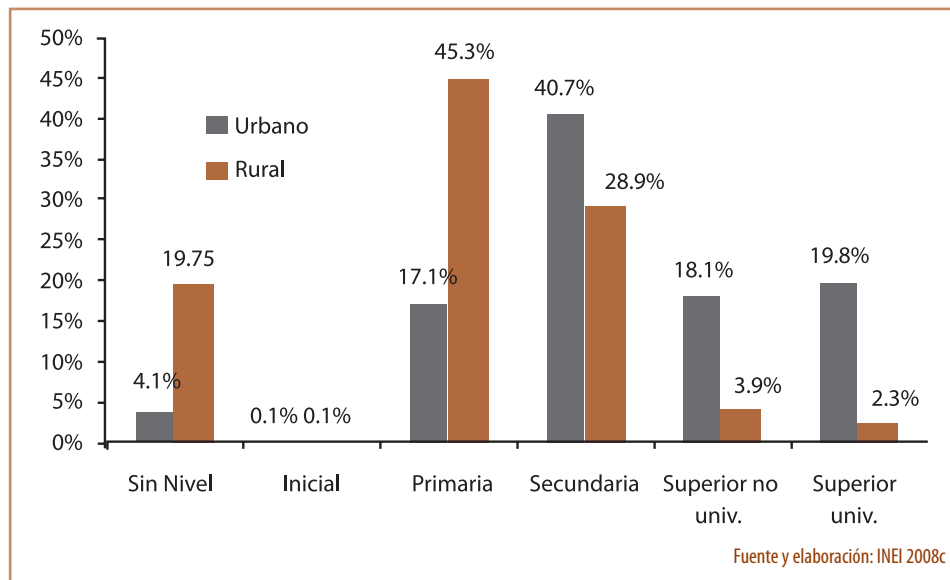
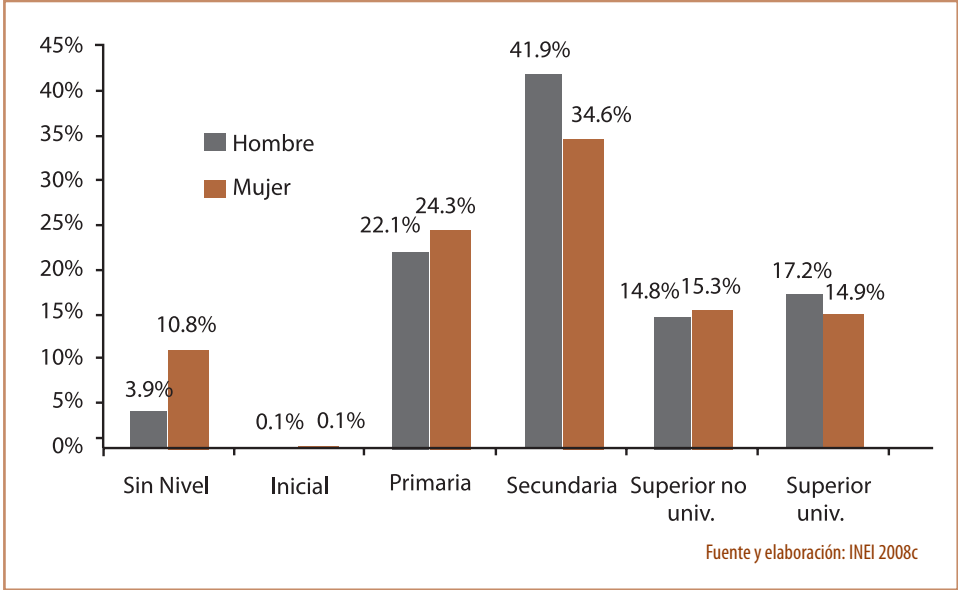


Gráfico 5: Nivel educativo alcanzado para mayores de 15 años por sexo, 2007 (Porcentaje)



1.2- Los cuidados, los ciclos y los tiempos de las familias

Los diferentes segmentos de la población peruana muestran patrones de tenencia de hijos, entre otras variaciones en los regímenes de organización de las familias, que tienen implicancias importantes para lo que son los sistemas de cuidado. En general, la población en situación de pobreza y pobreza extrema mantiene una proporción mayor de niños y jóvenes dependientes mientras que las capas pudientes tienen familias pequeñas que probablemente cuentan con la asistencia de una o más trabajadoras del hogar. Estas situaciones, que reflejan los puntos extremos de un continuo, marcan segmentos de población con oportunidades desiguales de control sobre su uso del tiempo en los ciclos cortos de la atención cotidiana al hogar y sus miembros.

Las diferencias se muestran también en los ciclos largos que se refieren a la vida reproductiva de los hogares. Las mujeres con menores recursos inician el ciclo reproductivo mucho más temprano que las que pertenecen a estratos socioeconómicos más favorecidos (Aramburú y Bustinza, 2007). Este hecho definiría itinerarios y oportunidades diferentes entre las mujeres peruanas. Aramburú y Bustinza comparan cinco indicadores demográficos de las mujeres peruanas de dos estratos que ocupan los puntos extremos según el nivel educativo (Cuadro 4).

Cuadro 4: Indicadores demográficos relacionados con patrones contrastados de organización de la formación de pareja y tenencia de hijos en mujeres de dos estratos socioeconómicos y educativos

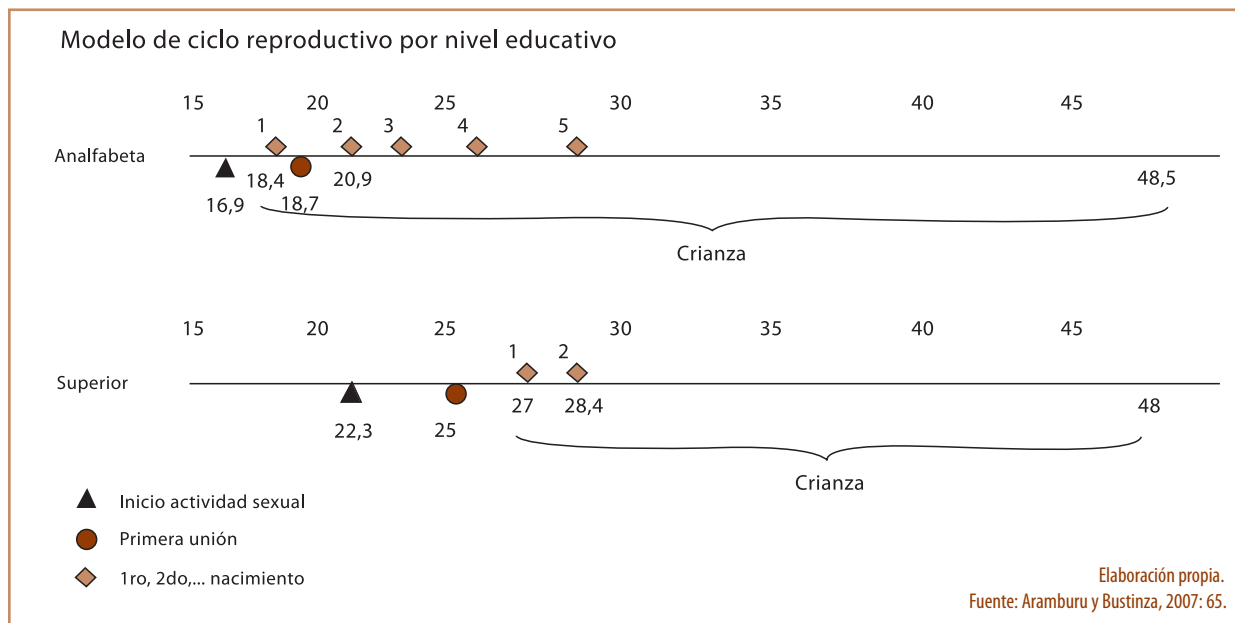
Indicadores	Mujeres de mayores niveles educativos	Mujeres de menores niveles educativos
Edad de inicio de actividad sexual	Antes de los 17 años en promedio	No antes de los 23 años en promedio
Edad de inicio de la maternidad	18.4 años en promedio	27 años en promedio
Edad de inicio de la unión o cohabitación	18.7 años en promedio	25 años en promedio
Tiempo en el ciclo de vida criando hijos	Entre los 18 y casi los 50 años	Entre los 27 años y los 48 años.
Fecundidad	Más alta 4.7 hijos en promedio	1.5 hijos en promedio

Fuente: Aramburú y Bustinza (2007) Elaboración propia

Las grandes diferencias en las trayectorias reproductivas de las mujeres peruanas de distintos estratos socioeconómicos comienzan en la adolescencia y juventud. Existe una brecha de casi una década en la edad de inicio de la vida reproductiva y de la crianza de hijos entre las más y las menos privilegiadas. Esto genera oportunidades diferentes en su acceso a educación, trabajo y autonomía. Paralelamente, las diferencias en la fecundidad marcan condiciones y oportunidades diferentes para el cuidado ya que el segmento menos favorecido debe lidiar con el cuidado de un mayor número de hijos por periodo prolongado de tiempo. El Gráfico 6 permite observar cómo es que los periodos de crianza de hijos se extienden mucho más en el caso de las mujeres analfabetas.

El intervalo intergenésico tiene implicancias importantes en el Perú. El largo espaciamiento de los hijos ha sido uno de los principales mecanismos que ha permitido a las mujeres campesinas cumplir fuertes jornadas de trabajo como pastoras, ayudantes en las chacras de cultivo y comerciantes en ferias y mercados locales (Yon, 2000). La lactancia prolongada, el waltado (fajado) de los bebés, el uso de mantas que permiten que la madre cargue a su infante en la espalda mientras realice sus labores domésticas y agropecuarias: todas estas prácticas forman parte de la tecnología de la alimentación y el cuidado y infantil en los Andes. La reproducción biológica es particularmente riesgosa en zonas de gran altura sobre el nivel del mar, como es la mayor parte de la sierra andina peruana. Existen síndromes como el sobreparto (Larme y Leatherman, 2003) y la debilidad (Oths, 1999) que expresan los riesgos que la población campesina identifica en relación con los embarazos, partos y la crianza de bebés pequeños. La anemia afecta a gran cantidad de mujeres.

Gráfico 6: Ciclos reproductivos esquematizados, mujeres de distintas condiciones socioeconómicas



La maternidad adolescente es frecuente y las mayores tasas se encuentran en el área rural (Cuadro 5). Para madres entre 15 y 19 años, la tasa en el área rural casi duplica la tasa en el área urbana. Oliart (2008) presenta un análisis perceptivo de los factores que están contribuyendo a un nuevo patrón de madresolterismo en las comunidades rurales, patrón que alude a desigualdades de género no resueltas en la zona rural ni en las ciudades. Las comunidades andinas practicaban tradicionalmente el matrimonio de prueba, lo cual significaba que una pareja joven se juntaba bajo los ojos atentos de los padres y familiares de ambos. Los hijos que nacieron en esta etapa serían acogidos por alguien de la generación mayor, de no prosperar la relación entre los jóvenes padres. Hoy, las instituciones que sustentaban esta práctica están en desarreglo.

Cuadro 5: Mujeres y madres adolescentes según área, 2007

	Mujeres de 12 a 14	de 15 a 19	Madres* de 12 a 14	de 15 a 19	% madres de 12 a 14	de 15 a 19
Urbano	632,631	423,481	1,627	50,523	0.3%	11.9%
Rural	247,751	135,459	610	26,321	0.2%	19.4%
Total	880,382	558,940	2,236	77,393	0.3%	13.8%

Fuente: INEI 2008c. Elaboración propia.

*Valor aproximado (multiplicado el número total de padres y madres adolescentes por el factor de femineidad del mismo rango de edad).

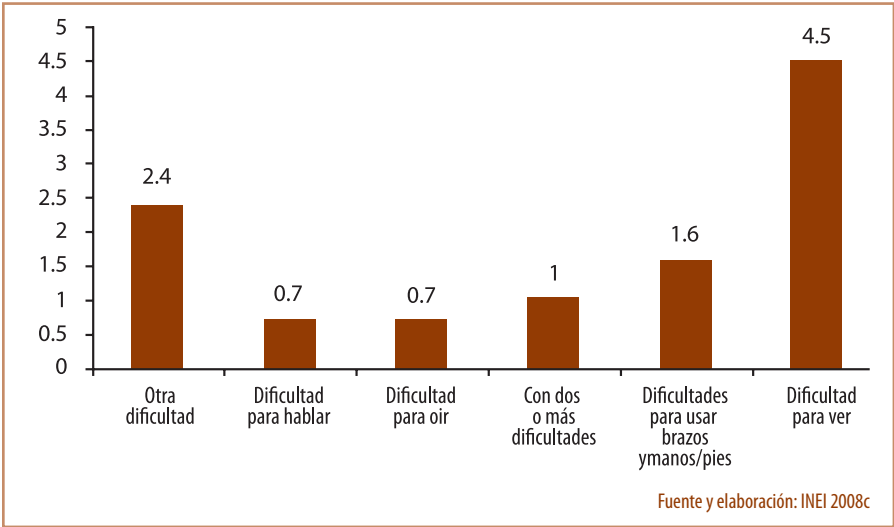
Otro reto que enfrentan las familias peruanas es la alta proporción de hogares que contienen uno o más integrantes con discapacidad. Esta situación afecta a casi el 12% de hogares urbanos y casi el 8% de hogares rurales (Cuadro 6). La condición más frecuente es la ceguera aunque también son frecuentes las dificultades de movilidad (Gráfico 7).

Cuadro 6: Hogares con algún miembro con discapacidad

Área de residencia	Total de hogares		Hogares con algún miembro con discapacidad	
	Absoluto	%	Absoluto	%
Total	6,754,074	100	735,334	10.9
Urbana	5,131,349	100	609,972	11.9
Rural	1,622,725	100	125,362	7.7

Fuente y elaboración: INEI 2008c

Gráfico 7: Tipos de discapacidad que más afecta a los miembros del hogar



Las personas con discapacidad corren el riesgo de quedarse fuera de los servicios, programas y beneficios que podrían ser su derecho como ciudadanas, debido a que muchas de ellas –se estima el 25% de los 3.5 millones que hay—carecen del Documento Nacional de Identificación (DNI). Con el DNI, ellas pueden, en principio, acceder a donaciones, becas y ciertos descuentos. Sin embargo, sus reclamos más sentidos tienen que ver con la accesibilidad a calles, edificios y medios de movilización. El presupuesto nacional del 2009 dispone de 60 millones de soles (US\$20 millones) para la adecuación y eliminación de barreras arquitectónicas en lugares como las sedes de los gobiernos municipales. Más allá del acceso, reclaman la eliminación de toda discriminación, sea en el campo de la educación, trabajo, salud o la participación política y social.

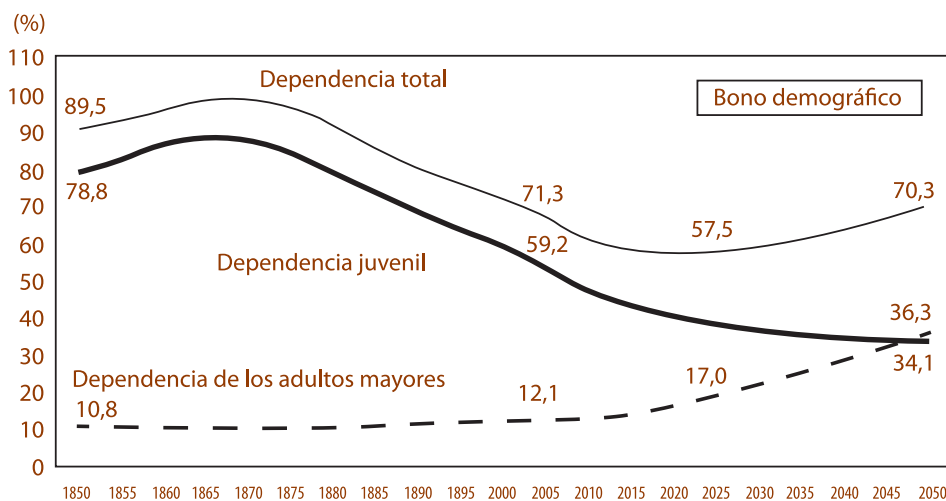
1.3- Bono demográfico e índices de dependencia

Una de las principales consecuencias de los procesos demográficos de larga data, de cambios en los patrones de fecundidad, mortalidad y la estructura etaria de la población, es la disminución de la tasa de dependencia. Se estima que la proporción de población en edad de trabajar continuará creciendo más rápidamente que la población dependiente en edad escolar o en edad de retiro. Estas proyecciones hacen prever que, bajo las condiciones políticas y económicas actuales, los ingresos per cápita y la capacidad de ahorro y consumo familiar de nuestra población se incrementarán progresivamente y un número menor de personas requerirán de inversiones en educación y salud. Este fenómeno es conocido como “bono demográfico” y alcanzaría su punto más claro en el Perú entre los años 2025 y 2030.

Dicha tendencia es vista como una oportunidad única de crecimiento económico del país con efectos sobre otros aspectos de la vida de la población como la disminución de las tareas y cargas de cuidado tanto a nivel intrafamiliar como en el ámbito público. No obstante la evidencia sugiere que el optimismo frente a la evolución de nuestra estructura demográfica debe ser moderado. Como se puede observar en el Gráfico 8, debemos considerar que, en el largo plazo, la tasa de dependencia actual de los adultos mayores casi se triplicara para el 2050.

En el caso peruano, el “bono demográfico” tendría efectos positivos sólo si la población económicamente activa actual contara con un empleo formal bajo condiciones que le permitan generar ahorros e ingresos para cubrir sistemas de pensiones, retiros laborales y salud adecuados. Como se vio en la discusión sobre las condiciones laborales de la población peruana, esto no ocurre en la actualidad. La capacidad del país de aprovechar su ventana de oportunidad está aun en duda.

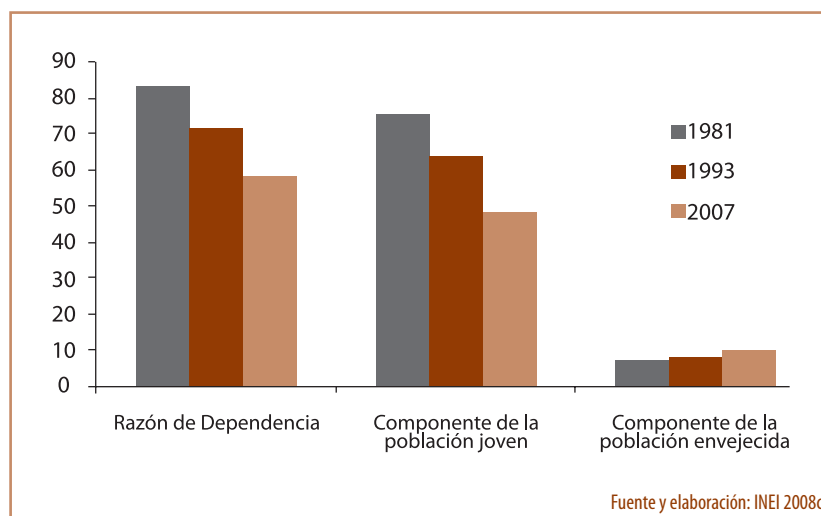
Gráfico 8: Evolución de las tasas de dependencia total, juvenil y de adultos mayores 1850-2050



Fuente: Aramburú y Bustinza, 2007: 63

Atendiendo a los índices de dependencia, pueden examinarse los efectos de determinadas condiciones, sobre todo consideraciones de quién depende de quién. En base a los datos de los tres últimos Censos Nacionales (1981, 1993, 2007), el Gráfico 9 ilustra cómo es que la razón de dependencia de la población ha ido disminuyendo progresivamente en las últimas tres décadas. La caída en la tasa de dependencia de niños y adolescentes se espera alcanzará su punto más bajo entre 2025 y 2030 (Aramburú y Bustinza, 2002:63). Mientras tanto, seguirá la ligera tendencia a la alza entre la población adulta mayor. La “ventana de oportunidad” que el país tendrá es el producto de la relación entre estas dos tendencias, que determinan una etapa de dos o tres décadas en las cuales la población adulta en condiciones de trabajar –y de cuidar de la población dependiente—es relativamente abundante. Para algunos observadores, la suerte del desarrollo del Perú se jugará en las décadas hasta 2030 y dependerá de cómo se dé ocupación a los y las jóvenes que se incorporan en la vida adulta. Los debates giran alrededor de los niveles de capacitación, la inversión y tecnología que garantizarán la productividad de esta población. Con igual razón se puede indagar por la calidad del cuidado que esta población dará y recibirá y por las implicancias del mismo en los niveles de cohesión social.

Gráfico 9: Tendencia, razón de dependencia de la población y sus componentes



El Cuadro 7 resume los índices de dependencia medurado e intensificado para el Perú (año 2007).

El índice medurado refleja la carga potencial de cuidado que la población entre 15 y 74 años afrontaría al tener que cubrir las necesidades del resto de la población (menores de 15 años y mayores de 74 años). A nivel nacional este índice es de 1.85; esto quiere decir que para cada individuo entre 15 y 74 años, existen potencialmente 1.85 personas que son dependientes de él o de ella.

Como se ha visto en tantas otras ocasiones en este informe, las tendencias varían de acuerdo con la zona geográfica y las divisiones políticas en el país. El índice de dependencia medurado es mayor en los departamentos

con un fuerte componente de población rural de la Amazonía peruana (Amazonas, Loreto, Huánuco --entre 2.12 y 2.16) y la sierra sur (Apurímac, Ayacucho, Cusco --entre 2 y 2.269. No obstante, en todos los departamentos del país, sigue siendo el caso que la mayor carga de dependencia proviene de la población infantil y juvenil.

Cuadro 7: Perú, índices de cuidado por tipo de índice y departamento, 2007

Departamento	Índice de dependencia medurado			Índice de dependencia intensificado	
	Agregado	Juvenil	Senil	Por mujer	Agregado
Amazonas	2.14	1.09	0.06	5.29	2.56
Ancash	1.91	0.83	0.08	4.53	2.29
Apurímac	2.18	1.09	0.09	5.25	2.68
Arequipa	1.72	0.65	0.07	3.92	2.02
Ayacucho	2.11	1.03	0.09	5.02	2.54
Cajamarca	2.03	0.96	0.07	4.81	2.44
Callao	1.72	0.66	0.06	3.84	1.98
Cusco	2.00	0.94	0.07	4.71	2.38
Huancavelica	2.26	1.18	0.08	5.35	2.73
Huánuco	2.12	1.06	0.06	5.07	2.54
Ica	1.79	0.73	0.07	4.12	2.11
Junín	1.94	0.88	0.06	4.54	2.31
La Libertad	1.88	0.81	0.07	4.35	2.23
Lambayeque	1.86	0.79	0.07	4.19	2.20
Lima	1.68	0.61	0.06	3.77	1.94
Loreto	2.16	1.13	0.04	5.30	2.57
Madre de Dios	1.83	0.81	0.02	4.72	2.06
Moquegua	1.67	0.61	0.07	3.96	1.93
Pasco	1.91	0.87	0.04	4.67	2.26
Piura	1.95	0.89	0.07	4.57	2.32
Puno	1.92	0.84	0.08	4.54	2.30
San Martín	1.98	0.94	0.04	5.00	2.33
Tacna	1.69	0.64	0.04	3.83	1.93
Tumbes	1.83	0.78	0.05	4.39	2.11
Ucayali	2.04	1.01	0.04	4.95	2.40
Perú	1.85	0.79	0.07	4.29	2.18

Fuente: INEI 2008a
Elaboración propia.

El índice de dependencia intensificado considera la cantidad de menores de 18 años cada individuo por individuos entre 18 y 74 años. Esta vez, de manera global, se halla una carga de dependencia de 2.18 personas menores por personas adultas. El patrón de asociación entre nivel de ruralidad y carga de dependencia se hace aun más evidente. En los departamentos con un mayor componente de población urbana, como Lima, Moquegua o Tacna, el nivel de dependencia es considerablemente menor.

Al considerar el índice de dependencia intensificado tomando en cuenta sólo a las mujeres como potenciales cuidadoras, la cifra global prácticamente se duplica a 4.29 (Cuadro 8). Esto quiere decir que por cada mujer entre 15 y 74 años existen más de cuatro personas en situación de potencial dependencia. Los resultados a nivel departamental varían en función del departamento de origen de la población y nuevamente las cifras más altas se concentran en la sierra sur del país y los departamentos con un fuerte componente de población amazónica. En estos casos, por cada mujer existirían más de cinco personas en situación de dependencia.

Cuadro 8: Perú, demanda de cuidados a mujeres entre 18 y 64 años por grupo de edad y sexo, 2007

Grupo de edades	Hombre	Mujer	Total
0-4	0.35	0.34	0.69
5-14	0.54	0.52	1.06
15-17	0.13	0.12	0.25
18-64	0.97	1.00	1.97
65-74	0.08	0.08	0.16
75-84	0.06	0.06	0.12
85-más	0.02	0.03	0.05

Fuente: INEI 2008a
Elaboración propia.

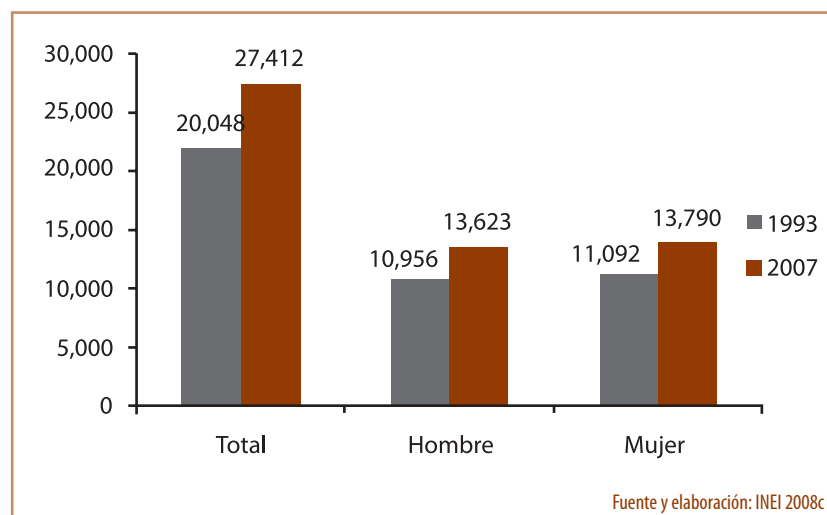
2. La situación laboral y social de las familias

2.1- Trabajo, empleo y los cuidados

El Perú está atravesando por un proceso de “modernización económica” desde inicios de la década de los noventas del siglo pasado. Pasó de un modelo de crecimiento liderado por el Estado a una política de liberalización del trabajo, privatizaciones y el fomento a la inversión privada. Como consecuencia de estas políticas aparecieron y/o crecieron ciertos sectores vinculados con la banca y seguros, servicios empresariales y las comunicaciones. Ello generó nuevas oportunidades laborales para mujeres. Sin embargo los servicios empresariales se tercerizaron y postergaron sectores como la agricultura andina y amazónica. Como consecuencia más de la mitad de la población económicamente activa se ubica en empleos informales y se precarizó el trabajo no calificado.

El problema central es el subempleo y el subempleo por ingresos. Esta tendencia es similar entre mujeres y varones pero el nivel de subempleo y subempleo por ingresos es ligeramente mayor en las mujeres. Otro problema es la entrada y salida de los empleos y la inestabilidad.

Gráfico 10: Composición de la PEA según sexo (millones de personas)



Cuadro 9: Perú, población ocupada por área de residencia, según sexo (Porcentaje)

Grupo de edades	Rural		Urbana	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
2004	55.5	44.5	55.5	44
2005	55.7	44.3	55.7	44.5
2006	55.6	44.4	55.6	44.5
2007	55.2	44.8	55.2	45.5

Fuente y elaboración: Encuesta Nacional de Hogares (ENAH0 continua): 2004-2007.

Se ha producido una reducción de las diferencias en el acceso a la educación; sin embargo, esta no ha traído iguales oportunidades económicas y laborales entre los varones y mujeres.

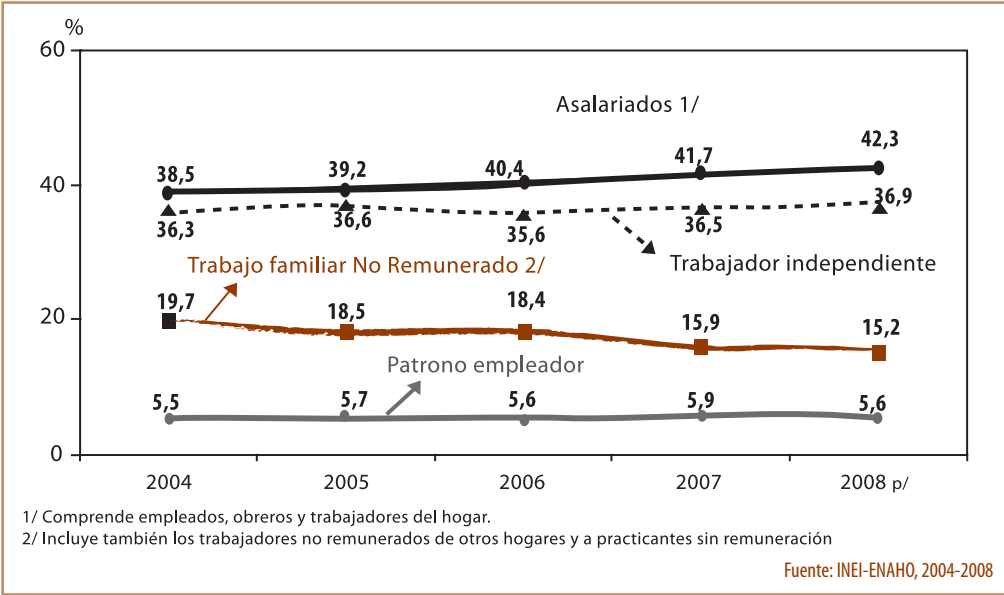
Cuadro 10: Población Económicamente Activa Censada según Sexo y Nivel Educativo Alcanzado

Sexo/Nivel de educación	Censo 1993		Censo 2007		Variación porcentual intercensal
	Absoluta	%	Absoluta	%	
Total	7,061,119	100	10,637,880	100	50.7
Sin Nivel	581,522	8.2	476,967	4.5	-18
Inicial	18,134	0.3	8,769	0.1	-51.6
Primaria	2,295,343	32.5	2,298,355	21.6	0.1
Secundaria	2,424,083	34.3	3,954,396	37.2	63.1
Superior no universitaria	781,980	11.1	1,881,499	17.7	140.6
Superior universitaria	960,057	13.6	2,017,894	19	110.2
Hombre	4,965,235	100	6,877,166	100	38.5
Sin Nivel	336,160	6.8	234,559	3.4	-30.2
Inicial	11,769	0.2	5,143	0.1	-56.3
Primaria	1,736,755	35	1,576,503	22.9	-9.2
Secundaria	1,821,577	36.7	2,769,413	40.3	52
Superior no universitaria	430,457	8.7	1,092,296	15.9	153.8
Superior universitaria	628,517	12.7	1,199,252	17.4	90.8
Mujer	2,095,884	100	3,760,714	100	79.4
Sin Nivel	245,362	11.7	242,408	6.4	-1.2
Inicial	6,365	0.3	3,626	0.1	-43
Primaria	558,588	26.7	721,852	19.2	29.2
Secundaria	602,506	28.7	1,184,983	31.5	96.7
Superior no universitaria	351,523	16.8	789,203	21	124.5
Superior universitaria	331,540	15.8	818,642	21.8	146.9

Fuente y elaboración: INEI 2008c

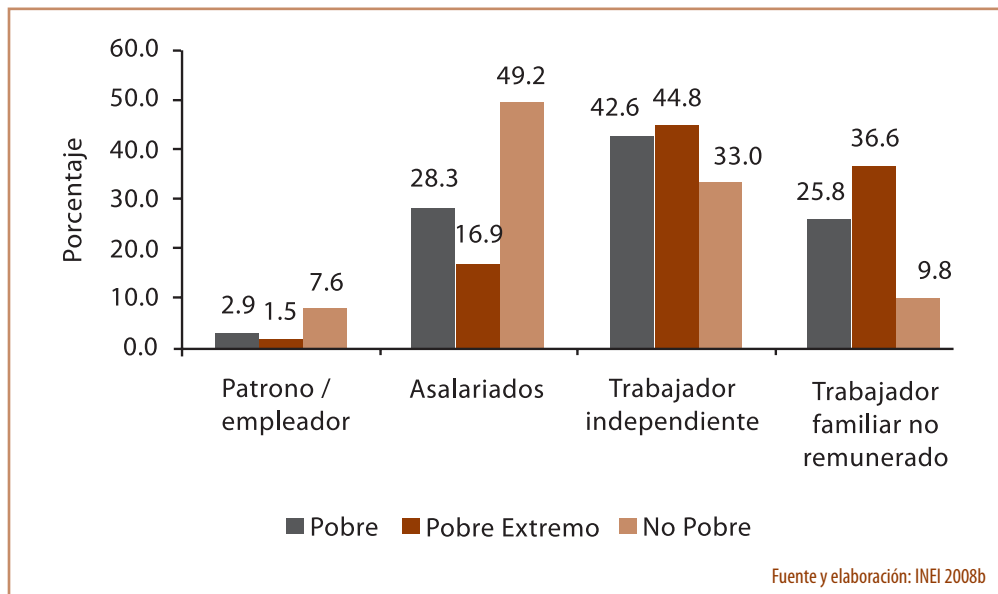
Es así que la estructura de ocupaciones según género presenta algunas diferencias importantes. Casi un 30% de la fuerza laboral femenina se ubica en la venta al por menor, especialmente ambulatoria. También existe una mayor participación de las mujeres en los servicios y como trabajadoras del hogar, ocupación que abarca el 7.2% de la fuerza laboral femenina. Además un 29% de las mujeres se ubica en la agricultura, ganadería y pesca lo que puede sugerir que jefas del hogar de hogares rurales. Las mujeres también se concentran en las actividades de menores ingresos en el que el peso de la informalidad y el subempleo por ingresos es mayor.

Gráfico 11: PEA Ocupada según Categoría de Ocupación, 2004 - 2008 (Porcentaje de la PEA ocupada)



Otro de los temas saltantes a nivel laboral es la presencia de trabajadores no remunerados. Aunque la proporción de trabajadores no remunerados va reduciéndose en los últimos años, para el año 2008 ésta era mayor al 15% de la población económicamente activa. La gran mayoría de estas trabajadoras son mujeres. Se alude a situaciones en las cuales una mujer, probablemente encargada de las labores domésticas y también de la atención a uno o más personas que se quedan en el hogar, divide su tiempo y energías entre estas actividades y actividades como atender a clientes en una bodega en la casa, expender balones de gas u otro producto desde un garaje o una tienda al lado de la casa, o colaborar en las actividades de un taller de producción ubicado en el patio o algunas habitaciones de la casa. Como es posible observar en el siguiente gráfico este sector de trabajadores no remunerados proviene de la PEA en situación de pobreza y extrema pobreza.

Gráfico 12: Perú, PEA ocupada por categoría de ocupación y condición de pobreza (Porcentaje)



Un tema persistente son las diferencias salariales por género, tipo de vínculo laboral y ubicación en el aparato productivo. Para el caso de Lima el ingreso promedio femenino es el 60% del masculino sin que existan diferencias sustantivas en el número de horas trabajadas por cada sexo. Los especialistas ubican una serie de tendencias preocupantes en relación al mercado laboral peruano:

- Los trabajadores por cuenta propia reciben la mitad del ingreso que los formales
- Los empleados domésticos reciben entre el 38% y el 58% del ingreso de un trabajador formal.
- En todos los sectores o modalidades de trabajo se encuentran diferencias de ingreso en contra las mujeres.
- Las diferencias del ingreso por género son mayores en el sector informal.
- Estas diferencias subsisten independientemente del nivel educativo del trabajador.

Cuadro 11: Perú, ingreso laboral trimestral promedio, según nivel educativo y sexo (Nuevos Soles)

Nivel Educativo	Hombre	Mujer	Total
sin nivel	3,651.99	2,008.93	2,718.85
inicial	2,824.12	3,235.91	3,111.10
primaria incompleta	5,140.37	2,871.82	4,244.49
primaria completa	5,718.18	3,091.28	4,847.33
secundaria incompleta	6,182.67	3,501.90	5,360.52
secundaria completa	8,454.97	5598.45	7,482.03
superior no universitaria incompleta	9,547.42	6,820.07	8,389.44
superior no universitaria completa	13,039.39	10,581.38	11,850.76
superior universitaria incompleta	11,866.47	10,090.84	11,184.54
superior universitaria completa	23,882.98	16,641.41	20,565.62
post-grado universitario	31,404.649	29,931.182	30,820.106
Total	10,558.82	8,313.6115	9,698.4153

Fuente: ENAHO 2007
Elaboración propia.

De acuerdo con nuestro análisis, alrededor del 9% de la población peruana realiza actividades económicas vinculadas con el cuidado. De estas, menos de un tercio presta servicios sociales y de salud y más de un 35% desarrolla actividades dentro de hogares. El tercio restante se desempeña en una diversidad de actividades de servicios comunitaria y social. Como puede apreciarse en el Cuadro 10, existen diferencias marcadas entre la zona urbana y rural. En las zonas rurales sólo un 1.9% de la población realiza actividades económicas de este tipo y más de la mitad de ellas está asociada con actividades dentro de los hogares como el servicio doméstico.

Cuadro 12: Perú, actividades económicas relacionadas con el cuidado por área de residencia, 2007

Actividades Económicas	Absoluto			Porcentual		
	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Total
Actividades Económicas no relacionadas con el cuidado	7,318,604	2,030,055	9,348,659	89.4%	98.1%	91.2%
Actividades Económicas relacionadas con el cuidado	864,156	38,457	902,613	10.6%	1.9%	8.8%
Servicios sociales y de salud	234,231	7,144	241,375	27.1%	18.6%	26.7%
Otras activi. serv.comun.,soc.y personales	328,251.0	10,223.0	338,474	38.0%	26.6%	37.5%
Hogares privados y servicios domésticos	301,674	21,090	322,764	34.9%	54.8%	35.8%
Total de respuestas	8,182,760	2,068,512	10,251,272	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: INEI 2008a
Elaboración propia.

Oficialmente, alrededor del 5% de la PEA en el Perú trabaja en el servicio doméstico. Las estimaciones acerca del porcentaje de hogares que cuentan con una o más trabajadoras del hogar van del 5 hasta 18%. En verdad, no se sabe con exactitud la cantidad de personas que se emplean en hogares ni la cantidad de hogares que, a través de la contratación de una trabajadora, ven aliviada la carga de las tareas domésticas y la atención a los miembros del hogar. Una cantidad muy grande del trabajo doméstico permanece escondida. Se trata de personas adultas que ejercen la ocupación informalmente, sin contrato ni derechos laborales, y de un número abultado de menores de edad que colaboran con hogares no de sus familiares directos en calidad de ahijada, niñera o ayudante apenas reconocida como tal. Existen hogares que contienen un personal doméstico múltiple y especializado (cocinera, limpieza, niñera, mayordomo, chofer) como también existen hogares donde una trabajadora del hogar cubre las tareas de cuidado de la casa y la familia y además colabora en un negocio familiar.

El servicio doméstico es parte de una vieja tradición en América Latina en general que supone exigencias bastante altas con respecto a la administración de la casa y el manejo de la imagen de los dueños de la misma. Para la mayoría de familias peruanas, su valor como símbolo de status toma un segundo lugar detrás de su valor práctico. Si no se cuenta con familiares que pueden quedarse en casa y ocuparse de los niños, discapacitados y ancianos que no son autosuficientes, las alternativas son pocas y caras. Entretanto, en Lima Metropolitana en la actualidad, se puede contratar a una trabajadora del hogar, cama adentro, para todo servicio, por montos que van desde los S/.300 mensuales (US\$100) hasta el doble o el triple de esta cantidad, además de casa y comida.

La permanencia del servicio doméstico responde también a las deficiencias que existen en los servicios a la vivienda. Según el Censo de 2007, el 70% de las viviendas urbanas tiene abastecimiento de agua potable o entubada dentro de la casa. El resto la trae de un pilón, la compra de una cisterna, o la consigue de un pozo, río o manantial. De las viviendas rurales solo el 13% cuenta con este servicio dentro de la casa. Del total de 6,754,074 hogares en el país, 2,191,585 (32%) poseen refrigeradora mientras que 957,125 (14%) poseen una lavadora de ropa. Del total de 6,400,131 viviendas (algunas de las cuales contienen más de un hogar), 3,073,327 (48%) disponen de servicios higiénicos dentro de la vivienda con conexión a la red pública de desagüe. El 74% de las viviendas disponen de luz eléctrica.

Bajo estas condiciones, la realización de las tareas del hogar demanda tiempo y energías físicas considerables. La atención a la casa y la organización de los cuidados de sus habitantes exige la concurrencia de varias personas. Las distintas modalidades de trabajo doméstico, remunerado y no remunerado, resultan una solución "natural" para familias que tienen ingresos suficientes como para recurrir a esta ayuda. De modo convergente, el ofrecerse como trabajadora del hogar subsiste como un empleo de emergencia, siempre a la mano, para una gran cantidad de mujeres que no cuentan con una capacitación laboral más especializada, no tienen capitales para independizarse y no están en la posibilidad de resolver sus propias obligaciones de cuidado de otro modo.

2.2- Pobreza, precariedad y aseguramiento

La población en situación de pobreza en el Perú se mantuvo alrededor del 50% a lo largo de dos décadas. Durante este mismo lapso, la población en pobreza extrema (menos de US\$1 por día por persona) se mantuvo alrededor del 20% del total. Sólo recientemente, las cifras arrojan mejoras notables, las que son atribuidas a las tasas de crecimiento del país en los últimos dos años. El crecimiento ha sido más fuerte en algunas zonas del interior que en Lima Metropolitana. Estas son las zonas de grandes inversiones en minería y energía y zonas de desarrollo de la agroexportación.

Cuadro 13: Perú, incidencia de la pobreza, según ámbitos geográficos, 2004-2007
(Porcentaje del total de la población)

Ámbitos geográficos	2004	2005	2006	2007
Total	48.6	48.7	44.5	39.3
Área de residencia				
Urbana	37.1	36.8	31.2	25.7
Rural	69.8	70.9	69.3	64.6
Región natural				
Costa	35.1	34.2	28.7	22.6
Sierra	64.7	65.6	63.4	60.1
Selva	57.7	60.3	56.6	48.4
Dominios geográficos				
Costa urbana	37.1	32.2	29.9	25.1
Costa rural	51.2	50.0	49.0	38.1
Sierra urbana	44.8	44.4	40.2	36.3
Sierra rural	75.8	77.3	76.5	73.3
Selva urbana	50.4	53.9	49.9	40.3
Selva rural	63.8	65.6	62.3	55.3
Lima Metropolitana	30.9	32.6	24.2	18.5

Fuente y elaboración: INEI 2008b

Hay quienes discuten la realidad de los cálculos y cuestionan su sostenibilidad. En algunas zonas, por ejemplo, donde se aplica el Programa Juntos que entrega transferencias condicionadas a los hogares pobres, se ha producido un pico en los ingresos que no necesariamente permanecerá luego de que las familias beneficiarias se “gradúen” del Programa.

Cuadro 14: Perú, incidencia de la pobreza extrema, según ámbitos geográficos, 2004-2007
(Porcentaje del total de la población)

Ámbitos geográficos	2004	2005	2006	2007
Total	17.1	17.4	16.1	13.7
Área de residencia				
Urbana	6.5	6.3	4.9	3.5
Rural	36.8	37.9	37.1	32.9
Región natural				
Costa	4.0	3.8	3.0	2.0
Sierra	33.2	34.1	33.4	29.3
Selva	25.0	25.5	21.6	17.8
Dominios geográficos				
Costa urbana	5.6	4.0	3.0	2.1
Costa rural	13.8	13.4	14.4	10.5
Sierra urbana	13.6	11.6	10.3	8.5
Sierra rural	44.0	46.6	46.5	40.8
Selva urbana	18.7	22.5	18.1	11.0
Selva rural	30.4	28.0	24.6	23.4
Lima Metropolitana	1.3	2.0	0.9	0.5

Fuente y elaboración: INEI 2008b

La pobreza está fuertemente vinculada a la precariedad de las economías familiares y a los factores de empleo, ingresos, “shocks” que desestabilizan el flujo de ingresos y producen pérdidas de activos, y fases en el ciclo vital de los grupos familiares cuando la capacidad para generar recursos se ve mermada. Los seguros de salud y las pensiones de jubilación y por discapacidad son los mecanismos usados en todo el mundo para hacer frente a estas situaciones. La cobertura de tales mecanismos de aseguramiento en el caso peruano es limitada y los montos que se otorgan son estrechos. A continuación examinamos los datos al respecto.

En el cuadro 15 se presenta a la población censada en 2007 con seguro de salud. De primera mano, puede verse que la tasa de aseguramiento apenas supera el 40%. Los asegurados de ESSALUD (antiguo Sistema de Seguridad Social) y los que pertenecen a Otros (seguros privados) son notablemente mejor protegidos que los asegurados por el SIS (Sistema Integral de Salud). Este último es manejado por el Estado a modo de aplicación experimental de lo que eventualmente se espera será un sistema de cobertura universal de último recurso. Los beneficios son limitados y el seguro da acceso únicamente a los servicios del sistema de establecimientos públicos del Ministerio de Salud.

Cuadro 15: Población censada con seguro de salud por tipo

Sexo/Área de residencia	Tipo de seguro de salud				
	Con seguro de salud	Únicament SIS	Únicamente ESSALUD	Otro seguro de salud	ESSALUD y otro seguro
Total	42.3	18.4	17	5.9	0.5
Hombre	42.1	17.7	17	6.5	0.6
Mujer	42.5	19.1	18	5.3	0.5
Urbana	42.0	12.2	22	7.4	0.6
Hombre	42.1	11.7	21	8.2	0.7
Mujer	41.9	12.8	22	6.6	0.6
Rural	43.2	38	4	1.1	0.1
Hombre	41.9	35.9	5	1.3	0.1
Mujer	44.5	40.1	3	0.9	0.0

Fuente y elaboración: INEI 2008c

Gráfico 13: Perú, población afiliada a algún seguro por tipo de seguro y área de residencia (Porcentaje)

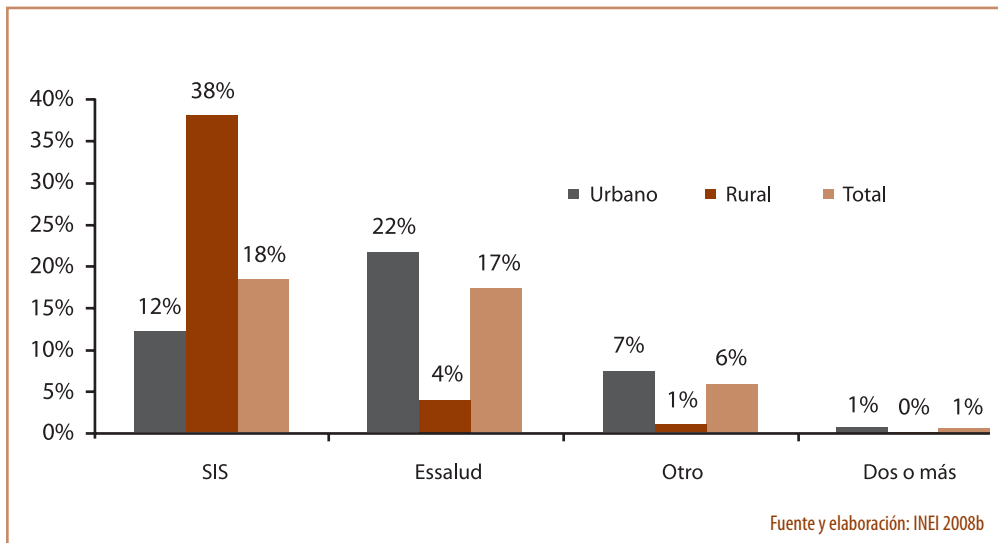
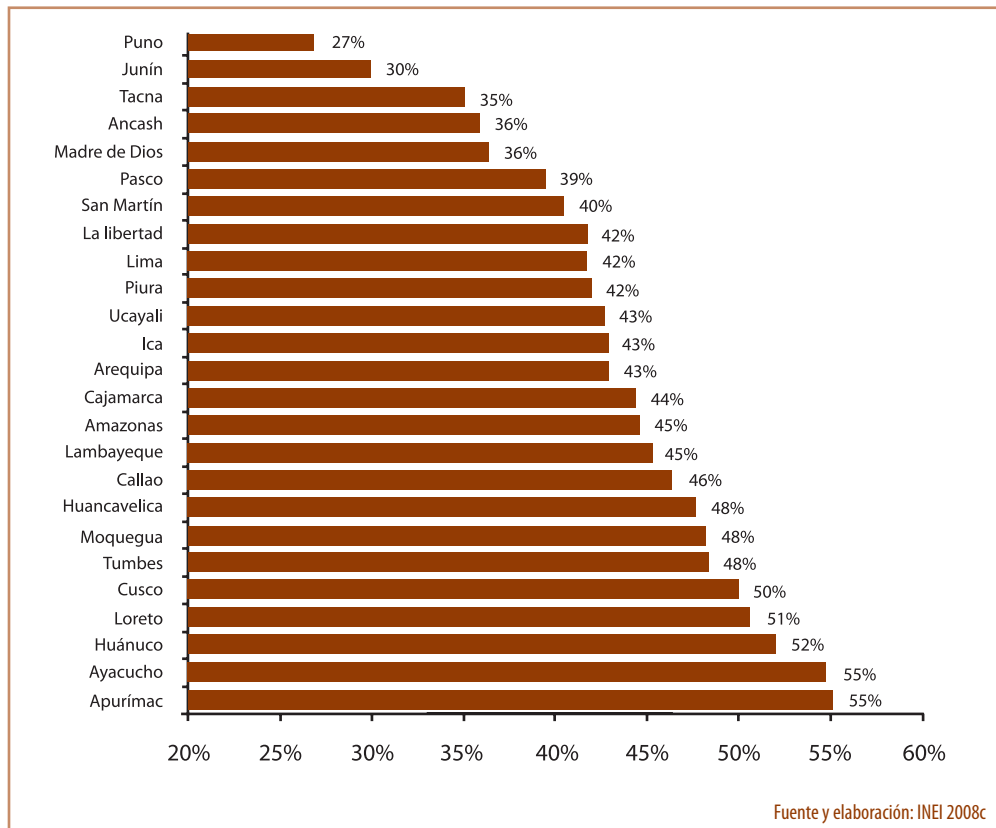


Gráfico 14: Perú, población afiliada a algún seguro de salud, por departamento (Porcentaje)



La mayor parte de la PEA no está afiliada a un sistema de pensiones. De acuerdo con un estudio reciente, del 79% de los ancianos que reportaron un malestar o enfermedad, sólo el 36% utilizaron un servicio de salud. Según el especialista laboral Francisco Verdera (2007), se viene produciendo una merma en la relación entre la proporción de los aportantes a los sistemas de aseguramiento y pensiones y la proporción de beneficiarios de los mismos.

El Perú tiene tres sistemas de pensiones de jubilación:

- a. Sistema Privado de Pensiones: Este sistema fue creado en 1992, siguiendo el modelo chileno. Existen a la fecha aproximadamente cuatro millones de afiliados. Las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP's) son las encargadas de administrar el aporte que realiza el pensionista, para que a su retiro laboral pueda gozar de ellos.
- b. El Régimen del D.L. N° 20530 o Cédula Viva: Este sistema se encuentra en desactivación. En este caso el estado otorga a los pensionistas ya afiliados los beneficios de un empleado activo; sin embargo en la práctica casi nunca se cumplió a cabalidad con este compromiso.

- c. El Sistema Nacional de Pensiones: Este sistema se crea con el Decreto Ley N° 19990. El aporte no es a una cuenta individual, sino a un fondo colectivo bajo la lógica de la solidaridad.

Adicionalmente, existen otros regímenes especiales de jubilación como la Caja Militar- Policial (D.L. N° 19846), la Caja del Pescador y otros que protegen a sus correspondientes agremiados.

El Sistema Nacional de Pensiones (SNP) está administrado por la Oficina de Normalización Previsional (ONP) el cual se creó en 1994 como mecanismo que coordina y compensa los reajustes que implicó la privatización de buena parte del sistema de pensiones. Las personas que pueden pertenecer al SNP son los trabajadores de actividad privada, los de actividad pública (que no pertenezca al sistema previsional de la ley N°20530), los trabajadores del hogar y los trabajadores independientes. El límite de edad es de 65 años y se excluye la afiliación al sistema privado de pensiones (AFP's). La tasa mensual que el pensionista otorga es el 13% de su sueldo, el cual lo cubrirá no sólo al jubilarse sino también en caso de invalidez, viudez y orfandad.

En los siguientes gráficos, podemos ver la tendencia de los aportantes, así como la recaudación que por ellos se ha tenido. A partir del año 1999 el número de aportantes fue disminuyendo, básicamente por la creciente oferta de AFP's, que cada vez se consolidaban más en el mercado.

Gráfico 15: Aportantes y recaudación, sistema público de pensiones





Las pensiones que la ONP paga a los contribuyentes provienen principalmente de las prestaciones que estos han pagado a lo largo de su vida laboral. También existen recursos ordinarios que el gobierno central a través del Ministerio de Economía y Finanzas asigna para los pensionistas, además de donaciones, legados, transferencias y saldos de balance del ejercicio fiscal al final del año. Pese a estos esfuerzos, las calles de Lima y otras ciudades son escenario frecuente de las protestas de los pensionistas del sistema público y de ESSALUD. No se actualizan los montos de las pensiones en concordancia con el costo de vida. En ocasiones, las pensiones no se pagan en forma completa. Los trámites burocráticos asociados a los derechos de pensión los vuelven derechos teóricos para innumerables personas, especialmente en sectores como las trabajadoras del hogar donde es difícil comprobar la relación laboral, la continuidad del empleo y las aportaciones hechas. En las condiciones actuales, las transferencias familiares cumplen un papel fundamental en el sustento de las personas cuya capacidad para generar ingresos propios se ve reducido por motivos de discapacidad o vejez. Frisancho y Nakasone (2007) encuentran que cerca de la mitad de los hogares con jefes mayores de 65 años reciben transferencias familiares. Esta es una situación que se ha mantenido durante largo tiempo, pese a las reformas del sistema de pensiones y pese a ciertos programas que pretenden auxiliar a la población adulta mayor.

2.3- Conclusiones: riesgos y potencialidades

Las situaciones de las familias en el Perú son indudablemente muy diversas como lo son también los marcos culturales en los cuales se mueven. En un extremo se hallan las familias nucleares andinas tradicionales donde la autosuficiencia de la unidad doméstica y la privacidad de la pareja conyugal son valores que se ven reforzados por las condiciones de vida y trabajo. En otros extremos se hallan los grandes grupos de familiares cooperantes que se construyen alrededor de ciertas empresas; las familias extendidas en los

grupos nativos amazónicos que ocupan la mitad o toda una aldea; las familias de capas medias urbanas con afanes muy grandes de educación y consumo. Las demandas de cuidados varían notablemente a lo largo del ciclo vital de todas estas familias y sus integrantes. En un país tan inestable como el Perú, varían también según los cambios que se producen en contextos locales muy dinámicos.

La información disponible da cuenta de las muchas presiones que obran sobre los individuos en la organización de la vida familiar. La sierra sur del Perú registró algunas de las tasas más altas de violencia doméstica en contra de las mujeres en un estudio comparativo de once países auspiciado por la Organización Mundial de la Salud (Güezmes, Palomino y Ramos, 2002). Perú es uno de cuatro países que participan en el estudio Young Lives (conocido localmente como Niños del Milenio), que viene siguiendo dos cohortes de niños y niñas a lo largo de 15 años. En los cuatro países se hallaron niveles muy altos de stress, depresión y trastornos mentales entre las madres de los infantes.

3. La oferta de cuidados fuera de los hogares

Esta sección revisa la acción de los múltiples entes que pueden hacerse presentes en apoyo a la organización de los cuidados de hombres y mujeres, niñas y niños peruanos. Queda claro que las exigencias de proveerse de cuidados obligan a sobrepasar los límites de las familias. El funcionamiento cotidiano de los sistemas de cuidado dentro del hogar requiere la captación de insumos y recursos que se ubican fuera de las familias o que están bajo el control de otros actores. La concurrencia de las instituciones públicas y privadas, los mercados de bienes y servicios, las redes vecinales y la solidaridad individual y filantrópica son factores importantes en el funcionamiento diario de los sistemas de cuidado. En situaciones de emergencia, y frente a condiciones estructurales de privación, resultan vitales para la sobrevivencia de los hogares y sus integrantes.

La revisión comienza con el Estado, con la descripción de diversos programas y con un intento de extraer la lógica que anima el modo peruano de entender la relación entre lo público y lo privado (en este caso, la dimensión de lo privado que tiene que ver con el cuidado y las relaciones íntimas de cuidado). Sigue la revisión del sector privado en sus dos vertientes: filantrópica y empresarial. Finalmente se toca el importante tema de las organizaciones comunales y los servicios que han surgido en el Perú en un espíritu de “pobres que cuidan de otros pobres”. Esta línea de apoyos a la organización de los cuidados dentro de las familias aparece con varias particularidades en el caso peruano. Veremos como ciertos mecanismos que originalmente fueron ideados como respuestas a las crisis económicas que el país ha experimentado periódicamente a lo largo de las últimas tres décadas, se han convertido en permanentes. Su papel como complemento a las acciones de las familias para alimentar y atenderse se ha convertido, en muchos casos, en un papel esencial y un ingrediente imprescindible de la organización de los cuidados en estos hogares.

3.1- El sector público

¿Cómo “cuida” el Estado peruano de sus ciudadanas y ciudadanos? La constitución de la República del Perú obliga al Estado a la “protección” de la familia. Actualmente está en plena ejecución el Plan Nacional de Apoyo a la Familia 2004-2011. Todo haría pensar que el gobierno haya asumido, durante mucho tiempo, un papel activo, multifacético y eficaz de intervención frente a mermas en la provisión de los cuidados que podrían venir de otras fuentes. Veremos que este ideal se ve frustrado por muchos motivos y que la acción del Estado tiene una capacidad muy limitada de compensar por las deficiencias de los cuidados entregados por las familias y comunidades locales o de corregir las grandes desigualdades que se originan en el mercado y el mundo laboral.

El gasto social peruano como porcentaje del Producto Bruto Interno está entre los más bajos de América Latina. No obstante, existe una ligera tendencia al alza, luego de las crisis económicas y fiscales de fines del siglo XX. En 1997 el gasto social fue el 8.46% del PBI y en 2004 había subido al 9.14%. Aproximadamente un tercio del gasto corresponde a pensiones y otro tercio a educación. Salud absorbe alrededor del 15% y el resto corresponde a diversos programas sociales, incluidos los programas de apoyo alimentario (Alcázar, 2007).

El Plan Nacional de Apoyo a la Familia constituye un rico acervo no solo de información sobre las acciones concretas en proceso sino para conocer el pensum que guía la acción del aparato público al seleccionar las problemáticas a priorizar y formular estrategias para su tratamiento. El Plan, en su justificación, describe la familia como el “núcleo de desarrollo humano y social” y anuncia como una de sus líneas de acción el “reconocimiento de la familia como garante de la cohesión social y de la solidaridad intra e intergeneracional”. Dicha línea se ha trabajado a través de convocatorias a encuentros de niñas, niños y adolescentes con representantes de los gobiernos regionales a fin de que la nueva generación haga conocer sus aspiraciones y participe en una búsqueda de mecanismos de “acercamiento intergeneracional para el desarrollo integral de las familias” (Informe, I Convención Nacional, Comisión Multisectorial encargada de la Implementación del Plan Nacional de Apoyo a la Familia, mayo 2008). Otra línea de acción se anuncia como “Protagonismo y responsabilidad compartida de los padres en la conducción de la familia”. En palabras de la entonces Directora General de la Familia y la Comunidad del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social MIMDES, “El Estado viene apoyando a los padres y madres en el cumplimiento de sus deberes parentales, respaldando la economía familiar, asignando los recursos necesarios para implementar políticas y programas para el bienestar de la familia; lo cual debe ser considerado como una inversión” (Informe, p. 14).

Las acciones del Estado peruano también son regidas por la Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres, promulgada en 2007. Entre sus enunciados la Ley de Igualdad reconoce, como uno de los derechos laborales de todas las personas, “la armonización de las responsabilidades familiares y laborales”. La Ley garantiza “un trato no discriminatorio a las trabajadoras del hogar”. Señala así la necesidad de superar la situación actual en la cual las trabajadoras del hogar pertenecen a un régimen excepcional laboral donde gozan de derechos laborales notablemente inferiores a los de cualquier otra ocupación.

La formulación de leyes, políticas y programas del tipo que hallamos actualmente en el Estado peruano refleja el punto de llegada de un largo proceso de construcción histórica de la relación entre el Estado y la ciudadanía y el reparto de responsabilidades frente a los cuidados. El proceso ha sido conflictivo, parcial y de poca participación de grandes sectores de la población. Este hecho se ve reflejado en la situación actual que presenta grandes tensiones cuando no contradicciones abiertas entre los propósitos de diferentes normas y programas y entre modos de actuar del Estado. La acción se lleva a cabo por medio de una gran multiplicidad de órganos verticales (gobierno nacional, regionales y locales), ministerios con sus divisiones internas y disputas territoriales, institutos y entes autónomos y entidades no permanentes creadas para cumplir fines específicos. Las capacidades técnicas instaladas en muchos órganos de gobierno en el Perú son de bajo nivel, reflejo de los bajos sueldos y la ausencia de una carrera pública que incentivara el buen desempeño.

La corriente política que ha dominado el Estado y la administración pública en el Perú durante las últimas dos décadas es el Consenso de Washington y sus propuestas acerca del achicamiento del Estado y su subsidiariedad frente al sector privado y la sociedad civil. Esta filosofía se sobrepone a dos corrientes filosóficas que siguen manifestándose esporádicamente en las políticas y programas sociales. Una es el pensamiento social católico, con su énfasis en la familia y sus obligaciones. La otra tiene raíces en el izquierdismo político latinoamericano de los años '60 y '70. Ambas están marcadas por un cierto iluminismo o vanguardismo (las capas ilustradas, o los líderes de la Iglesia, conocen mejor que los actores lo que necesitan y merecen). Ninguna de estas corrientes, que proveen los argumentos para muchas de las políticas y los programas existentes, ha elaborado una teoría de los cuidados ni ha cuestionado la tradicional división sexual del trabajo en los hogares. El feminismo peruano ha sido muy exitoso en luchas como en contra del hostigamiento sexual en el trabajo y a favor de la creación de mecanismos para prevenir y castigar la violencia de género y violencia doméstica. Su agenda aun no incorpora la organización social de los cuidados y las implicancias políticas de la organización vigente. La demanda de conciliación entre la vida familiar, personal y laboral resulta a la actualidad el enunciado de principio que representa el mayor avance hacia una reforma profunda a futuro de los cuidados y la asignación de recursos y responsabilidades con intervención del Estado en el Perú.

El Estado peruano se atribuye la obligación de desterrar la discriminación y promover la justicia y equidad social. No obstante, existe poca traducción real de este principio en el terreno de las desigualdades socioeconómicas a través de medidas correctivas, medidas focalizadas o medidas de discriminación positiva. El resultado es una suerte de doble acción del Estado: un conjunto de leyes, programas y servicios se dirigen a atender la situación de las capas medias y pudientes mientras que otro conjunto de leyes, programas y servicios se dirigen a atender la situación de los sectores populares y en situación de pobreza. Decir esto es reiterar el diagnóstico de exclusión social de observadores internos y externos. Se parte de un supuesto fuerte según el cual existen diferencias en las necesidades y las aspiraciones de distintos sectores de la sociedad, separados por una línea divisoria económica sobre todo. Esta actitud crea grandes diferencias en la calidad y variedad de la oferta de mecanismos de colaboración con las familias y otros nodos en la organización de los cuidados. Crea grandes problemas de financiamiento y una vulnerabilidad política permanente para los programas y servicios específicamente etiquetados como “para pobres”. Están en permanente riesgo de ser vistos como dádivas, como “asistencialismo”, y como gastos prescindibles en momentos de estrechez fiscal.

Otro problema a tomar en cuenta al revisar la lista de programas públicos que colaboran de alguna manera en la provisión de cuidados es la ineficacia e ineficiencia de muchas políticas y programas. En un contexto de enorme diversidad étnica y cultural como es el Perú, se trata muchas veces de una falta de empate entre la oferta estatal y las expectativas de la población o de determinados sectores de la misma. El Ministerio de Salud concentra mucho del debate acerca del problema de la “pertinencia cultural” de sus programas y del modo en que se entregan sus servicios. El personal de salud suele provenir de las capas profesionales urbanas y encuentra dificultades para entenderse con los y las usuarias del sistema –literalmente, cuando la población local habla una lengua indígena y el médico o enfermero sólo puede comunicarse en español. El gobierno viene impulsando actividades en los ministerios sociales que se basan en los principios de la interculturalidad. Sin embargo, suelen producirse cambios cosméticos.

La lejanía entre el Estado y la población, y las concepciones contrapuestas acerca de la ayuda que se puede recibir y la retribución que esa implica, hacen que existe una subutilización de la oferta estatal en algunas zonas, algunos horarios, algunos grupos poblacionales y para algunos servicios. Contradictoriamente, las personas pueden ubicarse en una lucha por el derecho a rechazar las ayudas. Esta actitud se ha visto, por ejemplo, en relación con el parto institucional. El Ministerio de Salud hace lo posible por obligar a las madres a dar a luz en los establecimientos de salud, bajo los cuidados de un o una profesional del sistema de salud, habiendo realizado además los controles previos durante el embarazo. La población, particularmente en zonas rurales, siente desconfianza frente a la atención que recibe en los establecimientos y reclama el derecho a seguir usando los parteros y las parteras de buena fama en su zona. Este es un problema no resuelto y, mientras tanto, el Perú tiene una tasa de muerte materna entre las más altas de América latina.

Otros componentes de la oferta estatal aun no han sido asimilados en el modo de funcionar de las familias y los sistemas previamente existentes de provisión de cuidados. Uno son los programas para niños en edad preescolar. El Estado proveedor de centros preescolares y cunas infantiles (aunque muy limitadamente, como veremos) pretende exigir la asistencia regular de los niños. Los familiares suelen entender que estos son servicios que pueden y deben usarse cuando nadie de la familia está disponible para atender al niño o la niña pequeña. Los servicios de planificación familiar son otra zona roja donde resulta difícil que la población acepte los argumentos a favor y aplique los regímenes tal cual son establecidos por los profesionales. Existen barreras sociales que dificultan el diálogo y la convergencia de ideas entre proveedores y usuarios y existe una desigualdad de poder que impide mayor autonomía para los miembros de la población que buscan soluciones a sus problemas de cuidado que sean más sensibles a situaciones particulares.

He ahí otro problema que, según algunos expertos, afecta las políticas y los programas sociales en toda América Latina. Eso es la escasa o nula participación de los “beneficiarios” o afectados en la formulación de las políticas y los programas. En la última década se viene aplicando una norma que obliga a los gobiernos locales y regionales a incorporar consultas a la ciudadanía en la formulación de sus presupuestos (“presupuestos participativos”). Sin embargo, buena parte del gasto social no está sujeto a estos procesos, puesto que se trata de sueldos y salarios, presupuesto administrativo o inversiones en infraestructura y obras que responden a obligaciones previamente contraídas. El resultado es muy poca participación del público en formular los lineamientos generales de la política social, en fiscalizar su aplicación o en conocer las evaluaciones que se hacen del funcionamiento de diferentes alternativas. Por desconocimiento y debido a las trabas que existen para acceder a la información sobre cuáles podrían ser los derechos del público, se produce la subutilización de programas, servicios y fondos que son destinados a mejorar los niveles de vida y la situación de cuidado de la ciudadanía.

Además de ineficiente y sesgado en su acción, el Estado peruano está bajo la permanente sospecha de corrupción. El país cuenta con pocos mecanismos de detección, denuncia y restitución de la justicia en estos casos. Un gran número de gobiernos, desde los municipales hasta el central, terminan su período bajo acusaciones de corrupción a gran escala. Los estudios recientes agregan a ese problema la corrupción a pequeña escala que se manifiesta en los servicios de salud, establecimientos educativos y, sobre todo, el

sistema judicial (Huber 2008; Portocarrero 2005). La consecuencia de todo esto es la profunda desconfianza que tiene la población frente al Estado. Duda de la sinceridad de sus intenciones, su capacidad técnica y la continuidad de políticas y programas que pueden resultar pro-pobres.

Los servicios y programas sociales están en el centro de los debates sobre la descentralización y la desconcentración gubernamental en el Perú. Legalmente, el gobierno central, a través de los ministerios sociales, ejerce la función de emitir normas, definir objetivos y lineamientos generales, y supervisar la aplicación de las normas en los diferentes ámbitos de la política social. No obstante, siguiendo una larga tradición, el gobierno central, con sede en Lima, asume funciones de diseño de programas, selección de personal, fiscalización y administración a detalle. El resultado –además de la poca adecuación de los programas y estrategias a las condiciones diversas de las diferentes zonas del país – ha sido la concentración en Lima de muchos de los programas y mucho del gasto social gubernamental. Es así que algunos de los programas que aparecen en las cuentas del gobierno tienen una cobertura no solamente limitada en términos numéricos sino también en términos de su alcance fuera de la capital. En años recientes, se ha comenzado a tomar en cuenta la evidencia sobre la concentración de la pobreza en las zonas rurales y se ha querido dar prioridad a zonas del interior, especialmente de dos tipos: zonas de la sierra sur especialmente afectadas por la violencia política de los años '80 y las zonas de frontera, andinas y amazónicas. Pese a los esfuerzos dados, siempre es preciso preguntar, en el caso de cada iniciativa social, hasta dónde llega la posibilidad de acceder por parte de ciudadanos peruanos ubicados en diferentes zonas del país.

Se ha seleccionado para descripción algunos programas y servicios que, con mayor claridad, constituyen el complemento de potenciales soportes en la provisión de cuidados a peruanos y peruanas. Estos incluyen los servicios de cuidado infantil, servicios y programas que pretenden reducir la desnutrición, servicios de apoyo a la familia, servicios para la juventud y la vejez, algunos programas de salud, servicios de vivienda, seguridad pública y esparcimiento. Muchos de estos forman parte de las estrategias de combate a la pobreza. Esto quiere decir que no fueron diseñados como mecanismos de alivio de la carga de tareas que la población asume como parte de la organización de los cuidados a nivel doméstico y comunitario. Fueron pensados más bien como mecanismos para facilitar el empleo, aumentar la productividad del trabajo, y mejorar las tasas de educación y nutrición – es decir, reparar faltas evidentes en el proyecto de desarrollo humano que el Estado peruano proclama como propio.

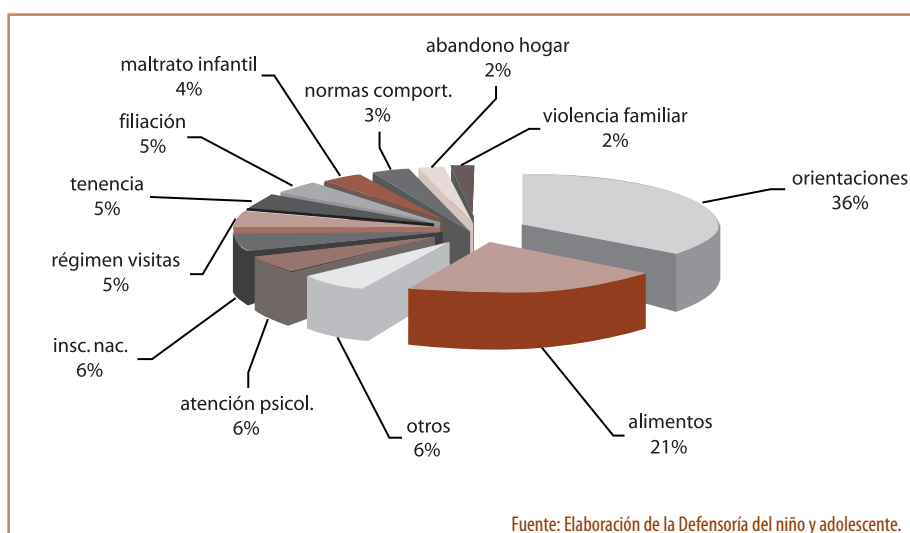
3.1.1 Atención a la niñez

El MIMDES tiene como uno de sus objetivos buscar el desarrollo de igualdad de oportunidades para los niños y las niñas de familias económicamente más débiles (situaciones de pobreza, pobreza extrema, discriminadas y excluidas). Para tal fin el Ministerio ha creado diversos programas y direcciones en donde se tratan las diversas problemáticas de la infancia y la minoría de edad. El modelo de gestión supone una Dirección y Sub- Dirección de Defensoría de Niños y Adolescentes (el cual se encuentra dentro de la Dirección General de la Familia y Comunidad), así como la absorción de organismos públicos que antes se venían manejando de forma independiente, como es el caso del Programa Nacional de Asistencia Alimentaria (PRONAA) y el Instituto Nacional del Bienestar Familiar (INABIF), ahora convertido en Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar.

Las raíces históricas de estos muchos programas son distintas y su origen pertenece a diferentes coyunturas nacionales. Por eso, funcionan de acuerdo con objetivos diferentes y expresan distintas visiones del desarrollo infantil y del papel de la familia entre otros “cuidadores” de los dependientes menores de edad. Se introduce cierta coherencia mediante el ya mencionado Plan Nacional de Apoyo a la Familia 2004-2011, que se formuló luego de consultas a los diversos sectores involucrados y la sociedad civil. Una de las preocupaciones del Plan es resignificar el rol paterno y ampliar el abanico de obligaciones que los padres asumen frente a sus hijos. Se han realizado acciones tendientes a modificar la visión de los padres como proveedores alejados de la atención diaria al hogar. A la vez, y por primera vez en el Perú, se ha implementado un programa agresivo de cobro de pensiones alimentarias a padres abandonadores, separados y divorciados que no cumplen con la obligación legal de apoyar económicamente a sus hijos. La última medida dada en ese sentido prohíbe la contratación en la administración pública a padres deudores de la pensión alimentaria.

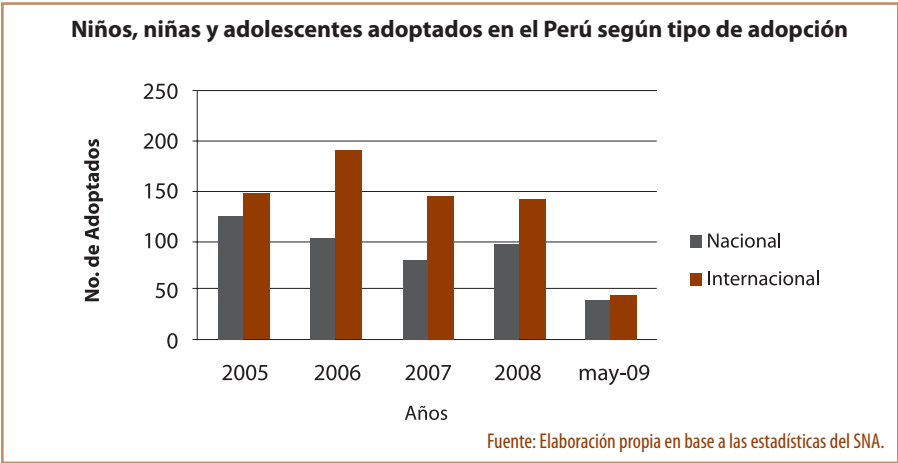
- a. **Dirección y Sub- Dirección de Niños y Adolescentes:** El objetivo principal es el de diseñar políticas y programas que favorezcan el progreso y bienestar de la niñez y adolescencia de la clase social más vulnerable del Perú. La dirección mantiene relación con otras entidades públicas a nivel nacional, regional y local y sirve como articulador entre ellas y algunas entidades privadas que brindan su apoyo. El Gráfico 16 destaca que el mayor porcentaje de asistencia de esta institución en el 2007, 36%, se debe a las orientaciones familiares y legales que solicitan los habitantes respecto a sus niños y niñas, seguido por un 21% de problemas alimentarios (casi siempre, el incumplimiento del pago de la pensión). De los 177,500 atendidos, el 85% fueron casos de niños menores a 18 años, los cuales se dividen en: 36% para niños entre 0-5 años, 28% para niños de 6 -11 años y 21% entre 12-17 años. Lima reporta el 26% de los casos atendidos.

Gráfico 16: Tipos y distribución de casos atendidos



- b. **Programa Nacional de Asistencia Alimentaria (PRONAA):** Si bien este programa tiene como finalidad aumentar el nivel nutricional de población sin diferencia de edad en estado de pobreza, cuenta dentro de ella con el Programa Nutricional Integral (PIN), el cual está enfocado a prevenir la malnutrición en niños y niñas hasta los 12 años de edad. Cuenta con dos Sub Programas. El programa Infantil tiene como población objetivo a niños entre 6 meses y 3 años de edad a los que se les brinda una canasta de alimentos que contienen papilla, cereales y menestras locales y grasas. El programa Pre- escolar y Escolar atiende a niños entre 3 y 12 años ayudándolos a prevenir la anemia y a mejorar su nivel educativo debido a una buena alimentación. Esta canasta contiene alimentos como cereales, menestras, harinas, grasas, productos de origen animal y azúcares.
- c. **Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar (INABIF):** Este programa tiene como objetivo la protección y desarrollo integral de la población en abandono. Administra un conjunto de casas hogares y aldeas infantiles en donde se albergan niños y niñas en situación de abandono, ya sea físico, moral y material, por un periodo transitorio ya que luego lo que se busca es insertarlos nuevamente a su familia (en el caso que no se cuente con una familia biológica, se buscará una familia adecuada). A mayo del presente año se albergó a 2,252 infantes, de los cuales el 49% pertenecen a la capital y el 51% al resto del país.
- d. **Secretaría Nacional de Adopciones (SNA):** La SNA está encargada de fijar la política de adopciones y de velar porque todas las partes acaten las reglas. La consideración principal en todo caso de adopción debe ser el interés superior del niño. El abandono de niños puede producirse por múltiples motivos, principalmente los económicos, aunque la SNA registra a niños producto de violaciones o incesto y niños cuyas madres biológicas tienen problemas psiquiátricos, de alcoholismo o drogadicción. Las adopciones formales por parte de familias peruanas son menos frecuentes que las adopciones internacionales, aunque entre las internacionales se contabilizan casos de peruanos residentes en el exterior (Gráfico 17). Dentro de los países que más adoptan a niños peruanos se hallan Italia, España y Estados Unidos, los cuales adoptaron solo el año pasado a 66, 29 y 18 niños respectivamente.

Gráfico 17: Adopciones nacionales e internacionales, 2005-2009



La poca práctica de gestionar adopciones formales dentro del país responde a varios factores. Uno es lo complicado y costoso del trámite, que incluye una evaluación familiar que para muchas personas resulta ofensiva. Se pone en duda, por ejemplo, la motivación de la familia adoptiva, procurando descartar casos donde lo que se quiere es un o una menor que haga las funciones de trabajador del hogar. Sin embargo la principal razón sería la facilidad de las adopciones informales. Leinaweaver (2009), en un reciente estudio de lo que ella llama la “circulación de niños” en la sierra sur, constata la difusión de prácticas como entregar a una niña a los abuelos para servirles de compañía, o hacer lo mismo frente a un hermano o hermana que está en un matrimonio sin hijos. En ocasiones los menores de edad se trasladan entre los hogares de una familia extendida de acuerdo con las demandas de ayuda que se presentan en uno y otro y de acuerdo a las oportunidades educativas que uno u otro puede brindar. En otros casos el traslado es pensado como permanente. Se produce en situaciones en que una familia con un negocio familiar, sin hijos capaces para asumir la conducción luego de un largo período como aprendices, asimila al hijo o la hija de un pariente con la idea de prepararlo para ese papel. En tales casos, el Estado peruano con sus mecanismos legales no interviene ni se entera. Por el contrario; las familias procuran establecer sus arreglos al margen de la ley a fin de proteger su capacidad de maniobra. El niño o la niña que se procura asimilar en otro hogar puede no resultar adecuado o puede no adaptarse como se esperaba. En este caso las familias involucradas pueden deshacer el acuerdo o pueden acordar el envío de un sustituto.

e. Programa Nacional Wawa Wasi: Este es un programa de cuidado diurno creado en 1994. Contó con la ayuda de la cooperación externa, principalmente del Banco Interamericano de Desarrollo, hasta el 2005, año en que el MIMDES asumió la conducción y el Estado Peruano el financiamiento. Los wawawasis, que en quechua significa “casa de bebés”, albergan a niños hasta de 4 años de edad en casas del vecindario, muchas veces casas de vecinas conocidas de los padres. Las madres cuidadoras, que se comprometen a atender a grupos de ocho niños desde lactantes hasta preescolares, son evaluadas, capacitadas y su desempeño es fiscalizado por supervisoras del Programa. Generalmente los wawawasis establecen convenios con comedores de la misma zona para la provisión de los alimentos. El Programa dota a las casas de un paquete básico de muebles, equipo y materiales de aseo y trabajo con los menores. La madre cuidadora recibe una propina mensual del Programa y un pago diario sumamente módico por parte de las familias usuarias. Se les tipifica como “voluntarias”, lo cual alivia al Estado de la obligación de reconocerles derechos laborales. Dado este esquema de compensación, y dada la irregularidad que se observa en los pagos realizados por las familias, un problema persistente en el Programa es la rápida rotación de cuidadoras. Además, es difícil garantizar su adecuada preparación y la canalización de soportes mediante un sistema de supervisión que sirva como apoyo y canal de capacitación permanente. La selección de las madres cuidadoras tiene que cotejar las condiciones de su casa –espacio, salubridad, seguridad- ya que ésta será su lugar de trabajo.

Los niños y las niñas que asisten al wawawasi muchas veces cuentan con ambos padres aunque un porcentaje alto de usuarias son jefas de hogares monoparentales. La madre tiene que estar trabajando, buscando trabajo o, excepcionalmente, estudiando o capacitándose para trabajar. En el wawawasi los niños reciben educación de un tipo adecuado para su edad, alimentación, socialización y cuidado en condiciones que se asemejan a un hogar similar al suyo propio. En el 2008 los niños beneficiados por este programa ascendieron a 53 mil. La

directora del Programa estima que se necesitará albergar entre el periodo 2009 y el 2010, 10 mil niños adicionales para los que se necesitarán 1600 wawawasis más. Pese a que el Programa establece un vínculo entre el cuidado diurno y el trabajo materno, no se ha resuelto una contradicción de fondo. Los horarios de trabajo de la mayoría de mujeres en condiciones de pobreza son irregulares y sumamente largos, y a esos hay que adicionar el tiempo que gastan en trasladarse entre su centro de labores y su lugar de residencia. La mayoría de wawawasis funciona con una jornada de atención de 8 horas, la que puede iniciarse a las 7.00 u 8.00 a.m. La madre cuidadora pacta con las familias usuarias el horario y los márgenes de flexibilidad que puede haber. Muchas veces, las familias usuarias que requieren de un horario extendido para dejar y recoger a sus hijos hacen un pago adicional, así creando una especie de sistema informal de cuidado que funciona en paralelo con el oficial. Se han visto casos en que una madre cuidadora acuerda con el grupo de familias que hacen uso de sus servicios independizarse del Programa para establecer sus propias reglas de funcionamiento, pagos y horarios.

El Programa Wawawasi, uno de los más eficientes según diversas evaluaciones de los programas sociales en el Perú, contempla dos tipos adicionales de organización de la atención a niños en edad preescolar:

- **Wawawasi Institucional:** Esta modalidad procura conservar el ambiente de familia y el uso de un personal no profesional a cargo de la atención de los niños pero agrupa a cantidades mayores de niños en locales especialmente acondicionados para esta función. Cada wawawasi institucional tiene el auspicio de una empresa, municipalidad o institución, pública o privada. Las principales usuarias son personas que laboran en la entidad auspiciadora. Varias empresas peruanas e internacionales cuentan con programas de responsabilidad social y algunas han optado por contribuir con el Programa. Entre ellas están BPZ Exploración y Producción, Kimberly Clark Perú, Agroindustrial Camposol, Forza, y Alicorp. Entre las municipalidades que participan están la Municipalidad de Ventanilla, la de Cayaltí (Chiclayo) y Pacobambamba (Andahuaylas), y dentro de las entidades públicas se encuentra el Ministerio de Relaciones Exteriores, el propio MIMDES, el Instituto Nacional Penitenciario (INPE) y el Poder Judicial. Para que se establezca el servicio la municipalidad, la empresa o la institución involucrada debe contar con un local apropiado y debe contratar a las madres cuidadoras quienes se encargan del cuidado de los niños y niñas.
- **Qatari Wasi:** Este programa, que se inició en diciembre del 2006, se concentra en las zonas andinas rurales, principalmente en los departamentos de Huancavelica (16 comunidades) y Ayacucho (8 comunidades) donde el nivel de pobreza es extremadamente alto. La atención brindada enfatiza la salud y nutrición de los niños y las niñas usuarias. A diferencia del wawawasi institucional, en esta modalidad la comunidad tiene un rol participativo. Cada centro atiende a un máximo de 40 familias.

Los servicios de cuidado diurno tienen una larga historia en el Perú, historia en la cual el papel del Estado ha sido secundario frente al papel de las empresas y la sociedad civil. Durante más de 70 años, hasta que su abolición en el gobierno de Fujimori a mediados de los '90, el Perú contaba con la legislación promovida por la Organización Internacional del Trabajo que obligaba a las empresas a establecer cunas para su personal femenino, pasado el número de 25 trabajadoras. Eran comunes los subterfugios usados para evadir la obligación, el incumplimiento

abierto y el canje de este derecho por otros beneficios en las mesas de negociación entre sindicatos y empleadores. En los barrios urbanos populares diversas asociaciones filantrópicas y religiosas establecían cunas infantiles. Durante los años '70 y '80 hubo iniciativas en ese sentido por parte de organizaciones comunitarias y algunas ONGs. Es así que, a principios de los '90 cuando el Programa Wawawasi estaba gestándose en el gobierno peruano, bajo el estímulo de UNICEF y otros organismos de cooperación internacional, hubo sobre el tapete una diversidad de modelos de cunas infantiles y una diversidad de actores involucrados (Anderson, 1993). Uno de los efectos ambiguos de la creación del Programa Wawawasi, entonces, ha sido el desplazamiento de estos otros actores y la consolidación del modelo que propone el Programa (en sus tres modalidades) como alternativa única que cuenta con autorización, respaldo y acceso a donaciones y otros beneficios. Políticamente, el Programa es frágil en la medida en que los costos por niño son relativamente altos y el sentido del servicio no queda claro para muchos funcionarios del Ministerio de Economía y Finanzas. En el presupuesto actual, por ejemplo, se ha elevado la meta de atención del Programa al mismo tiempo que se reducía su presupuesto.

Mientras tanto, la necesidad de servicios de cuidado diurno no está siendo cubierta para innumerables familias, sea por motivos de la no existencia de un wawawasi en su zona, por la desconfianza que sienten frente a la calidad del servicio, por dificultades de horarios o problemas de cumplir con los requisitos. Esto se demuestra en la continuación de muchas formas informales de cuidado de niños pequeños que se intercambian entre vecinas y también la persistencia de prácticas como encerrar a menores de edad durante las horas que los adultos salen a trabajar. Parte de la necesidad está siendo cubierta mediante el trabajo infantil doméstico en una de sus modalidades más frecuentes. Según ésta, una niña en edad escolar se hace cargo de los hijos pequeños de una vecina o de algún familiar suyo antes y/o después de asistir a las clases. Se trata de una de las modalidades de trabajo de hogar más escondidas ya que la cuidadora suele reconocer su labor como una "ayuda", no un trabajo, y recibe a cambio una propina, plato de comida o regalo ocasional (Figueroa, 2005).

3.1.2 Programas de combate de la desnutrición

En el 2007 la población peruana que sufría de desnutrición representó el 27.2% del total nacional. Esta es entendida como la población que ingiere alimentos que los mantiene por debajo de los niveles mínimos de energía requerida. Esta cifra, aunque alta, refleja una tendencia a la baja si se compara con las cifras de años anteriores. Así, en el 2001 el 33.3% de la población sufría de desnutrición, pasando a 32.3% al 2004 y 28.2% en el 2006. El hambre y la desnutrición, particularmente la infantil, son prioridades nacionales y objeto de acciones coordinadas entre distintos sectores del gobierno, aunque le cabe al Ministerio de Salud la responsabilidad principal.

En el Perú la desnutrición se da no solo por el poco alcance económico que las zonas rurales tienen para proveer una canasta básica que contengan todos los nutrientes necesarios. También la falta de servicios básicos (agua y desagüe) trae consigo enfermedades y un mal ingiero de alimentos.

Como vemos en el Cuadro 16 en base a la última Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), el 11% de las mujeres en el Perú tiene una estatura por debajo del 1.45cm lo cual las expone a mayor riesgo no solo en el embarazo sino en el peso del nacimiento del niño. La talla no solo es resultado de variables genéticas sino también de la alimentación, educación y medios económicos de la persona.

Cuadro 16: Talla y estado nutricional de mujeres en edad reproductiva

Talla	Total
1.30 cm- 1.349cm	0.1
1.35cm-1.399cm	1.1
1.40cm- 1.449cm	9.4
1.45cm- 1.499cm	28.5
1.50cm- 1.549cm	33.5
1.55cm- 1.599cm	18.2
1.60cm- 1.649cm	7.1
1.65cm- 1.699cm	1.8
1.70cm- 1.749cm	0.2

Promedio: 1.518cm
Número de Encuestadas: 5,298 Mujeres

Fuente: ENDES 2004-2005

Entre los programas de apoyo alimentario con los que el país cuenta están:

- a. **Programa Juntos:** Este programa adopta el modelo de las transferencias condicionadas, aplicado inicialmente en México y Brasil. Se inició en septiembre del 2005 en la provincia de Ayacucho ayudando a mil cuarenta y un hogares, ofrece a la población de extrema pobreza servicios en nutrición, salud, educación e identidad. Este objetivo se lleva a cabo otorgándole a cada hogar S/100.00 (\$33.00 aprox.) para ser administrados de forma que lleguen a cubrir con las necesidades más básicas. Se priorizan los hogares que tengan entre sus miembros a madres gestantes, padres viudos, personas de la tercera edad o apoderados que tengan bajo su tutela a niñas y niños hasta los 14 años de edad.

A enero del 2009, el programa Juntos había llegado a 420,491 hogares a lo largo de 14 departamentos, habiendo sido aprobado por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), mediante la ley 29289 un presupuesto de S/729'195,110.00 para el presente año. Este programa forma parte de la "Estrategia Nacional Crecer", que fue creada por el MEF y tiene como objetivo central reducir la pobreza 30% y la desnutrición crónica en niños menores a 5 años en 9%. Para lograr esta significativa meta ha concertado de manera horizontal a todas las entidades públicas relacionadas con el objetivo y de manera vertical a los gobiernos locales, organizaciones comunales y familias.

- b. **Programa Vaso de Leche:** El Programa de Vaso de Leche se inició en 1985 como una iniciativa de la municipalidad provincial de Lima. En el 2001 se hizo extensivo a todo el país, de modo que todos los gobiernos locales están obligados a contemplarlo en sus presupuestos y administración. Cada programa local descansa sobre un grupo de madres que no solo se encarga de la preparación del desayuno sino también de empadronar a la población y de coordinar con su municipalidad la entrega de raciones necesarias para cubrir la oferta. Según los lineamientos del programa las raciones compradas

por el gobierno deberán usar insumos nacionales, beneficiando a los productores locales. El Vaso de Leche absorbe el 40% del presupuesto que destina el gobierno central a programas alimentarios y de combate a la desnutrición.

El Vaso de Leche tiene como población objetivo a tres grupos: Primera Prioridad: Población de 0 a 5 años no lactantes, madres gestantes y madres lactantes, y niños en desnutrición de cualquier edad. Segunda Prioridad: Niños en edad escolar de 6 a 13 años. Tercera Prioridad: Ancianos y población afectada por la T.B.C. Debido a la importancia de un vasto contingente de voluntarias de la comunidad para asegurar su funcionamiento, volveremos sobre este Programa en el acápite 3.3.

3.1.3 Programas de Apoyo Familiar

En el Perú, los programas de apoyo a las familias están regulados por el MIMDES, a través de la Dirección General de la Familia y Comunidades, que a su vez se divide en varias direcciones según el objetivo.

Dirección General de la Familia y Comunidad: se encuentra bajo la supervisión del Vice Ministerio de la Mujer y promueve la creación de planes para el apoyo familiar, en particular las familias en situación de riesgo y pobreza. Entre los objetivos principales se encuentra el de fomentar la igualdad de oportunidades en el seno familiar, así como la responsabilidad compartida de los padres en el desarrollo de sus hijos.

Para un funcionamiento más eficiente la dirección se ha dividido en tres órganos:

- **Dirección de Niñas, Niños y Adolescentes:** Este, busca mejorar las condiciones de programas ya creados, así como implementar nuevas ideas que sigan el mismo lineamiento. Para esto la dirección se encuentra articulado con los diversos programas que el MIMDES tiene, los cuales se mencionaran líneas abajo.
- **Dirección de Personas Adultas Mayores:** Esta dirección se encarga de los proyectos relacionados al adulto mayor y vela las distintas normas derechos con los que cuentan.
- **Dirección de Apoyo y Fortalecimiento a la Familia:** Vela y fomenta los pilares familiares fortaleciéndolos. Se busca educar a todos los miembros sobre el rol que deben cumplir y la forma mejor de desarrollarlo.

Estos objetivos se plasman en un conjunto de programas y proyectos.

- Proyecto Ichispalla:** Ichispalla, que en quechua significa “paso a paso”, es un proyecto que está a cargo de la Dirección de Niños y Adolescentes (la cual pertenece a la Dirección General de la Familia y Comunidad). El público objetivo son niños de 0 a 6 años, los cuales pertenecen a los segmentos más vulnerables de las comunidades de Ayacucho y Huancavelica. Se busca cubrir las necesidades básicas y también las afectivas, en especial fortaleciendo la relación padre /madre.
- Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar (INABIF):** Este programa provee recursos y apoyos dirigidos a mejorar las condiciones de vida de los ciudadanos más necesitados. Si bien el pro-

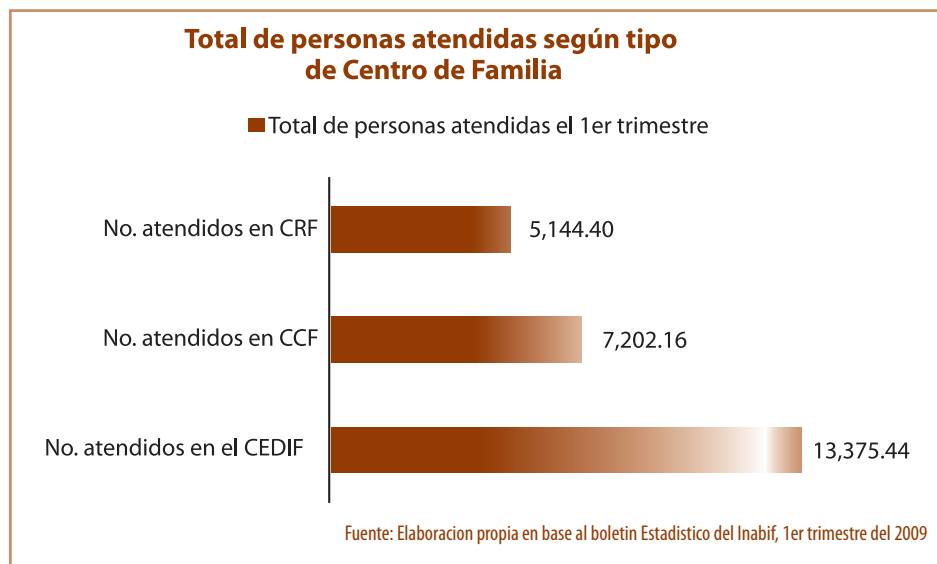
grama fue considerado en el acápite 3.1.1 como un programa de atención a la infancia, no se limita a esto. Existen dos grandes tipos de ayuda que se brinda:

- Hogares, Aldea Infantil, Casas Hogar, Casa Estancia y Casa de la Mujer:** Se trata de hogares de acogida de menores de edad que no cuentan con padres o guardianes o cuya situación legal obliga a que sean ingresados en un albergue hasta su resolución. Algunos hogares son administrados directamente por el Estado peruano y en otros casos se entrega la administración bajo convenio a una entidad privada. En el primer trimestre del 2009 el INABIF atendió aproximadamente a 2,256 personas por mes bajo estas modalidades. De estos casos, el 47.4% se concentraron en la provincia de Lima y del Callao y el 52.6% en el resto de provincias del Perú, siendo Puno con 8.1% el departamento con el nivel mayor de población atendida. En el trimestre de referencia el 51.4% de la población atendida fue adolescente, seguido por un 41.8% de niños. En el Gráfico 18 se consignan los motivos específicos de ingreso a los hogares. El abandono moral y material, especialmente de niños y adolescentes, es la primera causa de ingreso a los hogares, seguido de la crisis económica por la que pasan las familias. El ítem de otros incluye a niños de la calle, crisis familiares, problemas de drogas, y similares.

Gráfico 18: Motivos de ingreso a los hogares en la INABIF

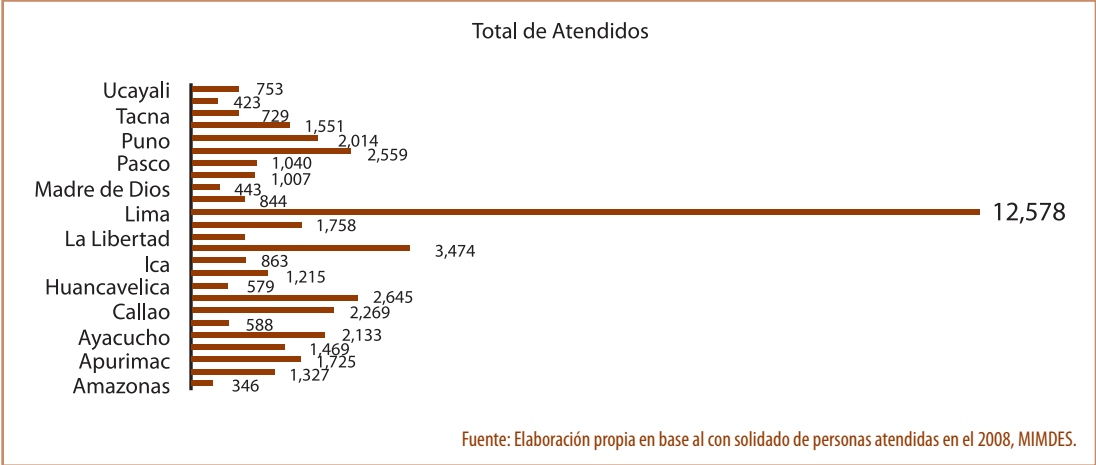


Gráfico 19: Atenciones en distintas modalidades de centros familiares INABIF



- a. Programa Nacional Contra la Violencia Sexual y Familiar: En el 2001 se crea el programa y en el 2005 este pasa a trabajarse bajo el MIMDES. El objetivo principal es intervenir rápida y eficazmente frente a los problemas de violencia doméstica, violencia en base al género y todo tipo de abuso sexual. Para esto se ha creado cuatro tipos de servicios a disposición de la población:
- Centros Emergencia Mujer: Estos centros brindan orientación ya sea legal o psicológica para todas las mujeres que fueron víctima de abuso familiar y sexual. El servicio es gratuito y se encuentran a lo largo de todo el país. En el Cuadro 18 se ve como Lima es la provincia que más denuncias de casos de mujeres maltratadas tuvo en el último año. La situación puede reflejar la presencia de un Centro y la disposición de hacer denuncias antes que la incidencia de la violencia en la zona.
 - Centro de Atención Institucional frente a la Violencia Familiar: Se encarga de atender a las personas que presentan comportamientos violentos contra su propia familia. Para tal efecto le proporcionan asistencia psicológica para que este reconozca su conducta y la modifique.
 - Línea 100 (“línea roja”): Este servicio telefónico se encuentra a disposición las 24 horas del día y se especializa en violencia familiar, violencia sexual, trata de niños, y situaciones similares.
 - Casas Refugio: Este servicio se creó por iniciativa de la sociedad civil y alberga transitoriamente a las mujeres víctimas de violencia sexual y familiar, mientras deciden sus nuevos proyectos de vida.

Gráfico 20: Personas atendidas en los Centros de Emergencia Mujer según departamento



3.1.4 Programas para las “etapas” de la vida: juventud y vejez

El 28% de la población del Perú (8,274,594 personas) se constituye de adolescentes y jóvenes y el 9% (2,495,643 personas) de adultos mayores de 60 años.

Adulto mayor -

Para la atención de la población adulta mayor existe la Dirección de Personas Adultas Mayores en el MIMDES. Existen 32 centros de atención integral del adulto mayor que dependen del MIMDES. Además, se registra el uso de los Centros de Emergencia Mujer y las defensorías municipales para denunciar casos de violencia doméstica y abuso de los derechos de los adultos mayores, especialmente mujeres mayores. El 5% de los casos de violencia familiar que fueron denunciados en el 2008 tenían como víctimas a mayores de 60 años (1,747 casos). Las denuncias, así como situaciones de abuso que son detectadas en los servicios de salud, pueden involucrar al maltrato físico y psicológico pero también reflejan formas de maltrato como quitarle la pensión al familiar mayor o abusos patrimoniales.

Un problema que afecta gravemente a la población adulta mayor es el cobro efectivo de sus pensiones, aun en los casos en que se tenga el derecho. El trámite para el reconocimiento del derecho a una pensión en cualquiera de las modalidades existentes es complicado y largo. Actualmente hay 35 mil juicios pendientes en el Poder Judicial contra la Oficina Nacional de Pensiones. Se cree que ese número sería el triple, si todos los jubilados con derechos hicieran efectivos sus reclamos. La Defensoría del Pueblo ha tomado cartas en el asunto al exigirle al Estado peruano que agilice los trámites, que amplíe los plazos estrechos

en los cuales los jubilados pueden presentar sus expedientes, y que facilite la atención en el cálculo de las pensiones y en resolver reclamos. Frente a todos estos problemas, crece una corriente de opinión que plantea la necesidad de implantar un programa de pensiones solidarias universales del tipo Renta Dignidad en Bolivia.

Juventud -

Para velar por los derechos y necesidades de los jóvenes existe el Consejo Nacional de la Juventud (CONAJU). El propósito del CONAJU es incorporar las opiniones de representantes de los y las jóvenes en la formulación de nuevas leyes, beneficios y planes para sus símiles en edad. Se ha diagnosticado tres puntos críticos que afectan a la población joven del país:

1. Educación: Si bien en las zonas urbanas el 92% tiene acceso a educación secundaria, en las rurales sólo el 77% goza de este derecho, lo que sugiere trabajar de la mano con el Ministerio de Educación para incrementar esta cifra.
2. Salud: Según el estudio el 75.6% de los jóvenes no se encuentran afiliados a ningún tipo de seguro, 10.3% se encuentra afiliado a ESSALUD y el 9.3% al Seguro Integral de Salud. Estas cifras sugieren que el Ministerio de Salud debe realizar una reforma para ampliar la cobertura.
3. Empleo: Este factor es determinante en la juventud, etapa en la cual la mayoría hace el tránsito entre dejar el colegio o universidad e insertarse a la vida laboral. Un problema grave en el Perú son las modalidades de empleo que se ofrece a los jóvenes. Muchos son subcontratados en empleos que no proveen oportunidades para desarrollar sus capacidades. Los horarios suelen ser muy extendidos y los salarios bajos. Los jóvenes del sector rural inician su vida laboral en condiciones aun más desfavorables, contando en promedio de niveles educativos inferiores y con una educación de calidad precaria. Según cifras del INEI, en el 2006 el nivel de desempleo entre jóvenes de 14 a 24 años era de 13.2% para hombres y 14.7% para mujeres. Para el 2007 fueron los hombres los que tenían un porcentaje mayor de desempleo (15.3%) mientras que las mujeres se mantuvieron en 14.6%. Esto no solo nos muestra el incremento de la inserción de la mujer en el mercado laboral sino que el nivel de desempleo en general también ha afectado a los jóvenes.

Para trabajar en la solución de estos problemas el CONAJU ha elaborado un "Plan Nacional", el cual rige del 2006 al 2011.¹

El Ministerio de Salud trabaja mediante campañas anuales de información y prevención. Entre las campañas dirigidas prioritariamente a los jóvenes en el 2008 se realizó:

1. Las bases del "Plan Nacional de la Juventud" puede encontrarse en: http://www.juventud.gob.pe/pnj/plan_juventud_peru.pdf

- Campaña contra el VIH, “Tú PreVIHenes Infórmate”: Esta cuenta con tres objetivos específicos; la prevención del VIH en mujeres de estratos económicos bajos, la prevención del VIH en adolescentes y jóvenes y por último busca reducir la discriminación hacia las personas que ya cuentan con el virus.

La campaña promueve el uso de condón, el cual los protegerá de la transmisión de cualquier enfermedad.

- Campaña contra los accidentes de tránsito, “Estrategia Sanitaria Nacional Accidentes de tránsito”, esta se ha propuesto por los crecientes accidentes y muertes debido a la irresponsabilidad de los conductores. Esta campaña se dirige especialmente a los jóvenes ya que los accidentes en su mayoría están ocasionados por ellos. Esta campaña se está llevando a cabo con un trabajo conjunto de la plaza nacional, el cual ha incrementado el número de sus multas, con los hospitales y clínicas.

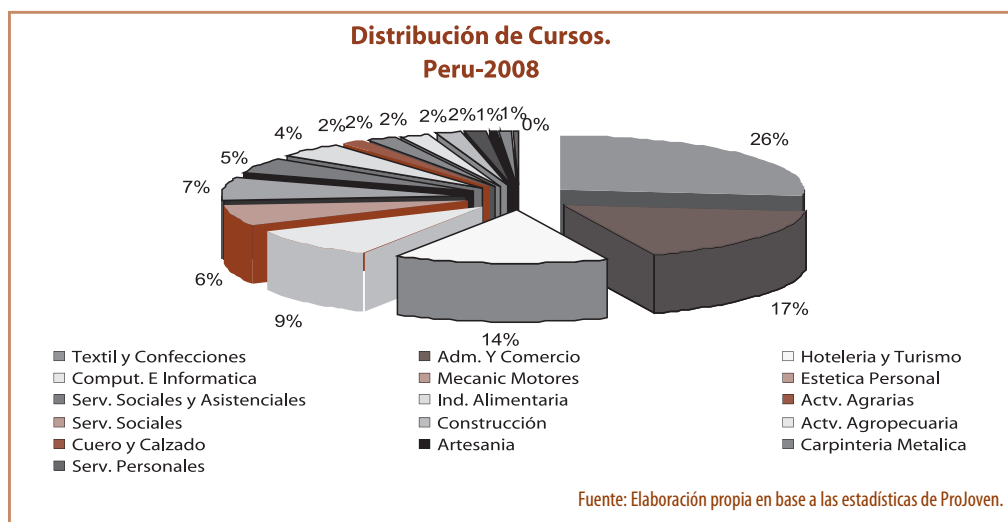
Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo: Maneja el Programa ProJoven en el cual se capacita a jóvenes entre 16 a 24 años que quieran ingresar al mercado laboral. El programa dura seis meses y tiene dos fases:

- Primera Fase: Esta dura tres meses y se trata de entrenar a los participantes en el oficio que ellos mismos elijan de acuerdo a las capacidades de cada uno.
- Segunda Fase: Esta también dura tres meses, sin embargo se aplica lo aprendido en la primera en una empresa bajo un contrato de práctica. El fin de esto es que el joven adquiera experiencia para luego postular a un trabajo formal.

El principal problema es la baja cobertura y la escasa difusión entre jóvenes de los sectores más necesitados de la capacitación. La presentación de los cursos es licitada entre empresas, instituciones educativas y ONGs, las cuales tienen que garantizar una etapa de prácticas o contratación como practicantes para todos y todas las jóvenes que culminan el curso exitosamente. Este mecanismo resulta sumamente útil para segmentos de la población donde la ausencia de redes y contactos crea barreras insuperables para el ingreso en el mercado laboral formal.

La elección del tipo de capacitación a darse depende mucho de la región del país donde se encuentre la persona. En Lima y Callao la oferta de cursos es amplia ya que los rubros de trabajo son diversos, mientras que en Trujillo, ciudad de la costa norte, los jóvenes eligen cursos de agro exportación debido a que las empresas de ese sector prevalecen. Como se puede ver en el Gráfico 21 el 26% siguen cursos especializados en textil y confección, seguido por un 17% en administración y comercio y un 14% en turismo, rama que se está incentivando cada vez más en el país.

Gráfico 21: Formación laboral elegida por jóvenes participantes del programa ProJoven



3.1.5 Programas de salud

Los programas para la salud de las personas caben bajo la responsabilidad del Ministerio de la Salud, el cual provee servicios de salud directamente a través de una red de postas médicas, centros de salud y hospitales de diferentes niveles de complejidad que cubre gran parte del territorio nacional. Además, el Ministerio de Salud regenta los servicios prestados por ESSALUD (ex Seguridad Social), por el sistema de las Fuerzas Armadas y Policiales, y por los proveedores privados de servicios en consultorios, clínicas y hospitales. Desde la sociedad civil, y desde algunos de los integrantes del sistema de salud, se viene trabajando en una propuesta de sistema integral que promovería la coordinación y colaboración entre la gran diversidad de proveedores y permitiría un mejor uso de los recursos. Este objetivo aun está lejos de realizarse.

La distribución de los establecimientos de salud debe expresar un principio de acceso universal que pone los servicios al alcance de toda la población. Este principio se ve negado en zonas de la selva amazónica y las zonas remotas de los Andes y la costa rural. En la Amazonía, llegar a un establecimiento de salud puede implicar varias horas de viaje en bote seguido de otras horas de traslado en camión, bus y hasta motocicleta. Los resultados de esta situación se comprueban cuando los problemas a resolver son de emergencia y la rapidez de la atención es crucial. El caso de mayor preocupación para el sistema de salud son las emergencias obstétricas. Como ya se señaló, las tasas de mortalidad materna en el Perú son muy altas (alrededor de 250 mujeres por 100,000 nacidos vivos) y las tasas de mortalidad y morbilidad perinatal también son altas. Es poco lo que se ha avanzado en la reducción de estas tasas pese a la implantación de incentivos para el personal de salud a fin de “captar” a mujeres embarazadas y asegurar que asistan a controles prenatales, y a pesar de presiones de diverso tipo para reemplazar los partos en el hogar –que son más de la mitad de los partos en los Andes—por partos en los establecimientos oficiales atendidos por personal del MINSA.

Queda claro que el sistema de salud en el Perú es sobre todo un sistema de atención a la enfermedad. No tiene los recursos, procedimientos ni personal idóneos para responder frente a accidentes, crisis y emergencias, como tampoco en la prevención. El “cuidado” de emergencias implicaría una inversión en sistemas de evacuación y en sistemas de comunicación y referencia capaces de enlazar la población rural, asentada en lugares sin carreteras ni medios de transporte, con los proveedores de los servicios. Un estudio de casos de la muerte materna constató no solamente los problemas de distancia y la ausencia de previsión sino también la asignación a las postas de salud más alejadas del personal menos capacitado, incluso practicantes y promotores voluntarios (Anderson et al. 1999). En efecto, quienes están encargados de resolver las emergencias de salud más complicadas son los servidores de salud de menor nivel de formación y menos experimentado.

En el campo de la salud, los recursos humanos están concentrados en las grandes ciudades, las regiones más urbanizadas del país y, sobre todo, en Lima Metropolitana (Lima y Callao). En el Cuadro 17 se comprueba la distribución desigual de los profesionales de la salud. También se observa como la prestación de servicios en muchas zonas del país descansa sobre enfermeros/as, técnicos/as y auxiliares.

Cuadro 17: Perú, profesionales de la salud por cada mil habitantes, 2006

Región	Profesionales de la Salud			Técnicos y auxiliares asistenciales
	Total	Médicos	Otros	
Amazonas	1.01	0.33	0.69	1.36
Ancash	0.99	0.29	0.71	1.36
Apurímac	1.30	0.36	0.95	1.80
Arequipa	2.09	0.65	1.46	1.23
Ayacucho	1.57	0.25	1.35	1.39
Cajamarca	0.81	0.21	0.62	0.96
Callao	1.64	0.78	0.90	1.38
Cusco	1.00	0.29	0.73	1.15
Huancavelica	0.56	0.05	0.53	1.18
Huanuco	1.02	0.26	0.78	1.02
Ica	1.68	0.55	1.15	1.26
Junín	1.16	0.25	0.93	1.38
La Libertad	1.14	0.43	0.72	0.85
Lambayeque	0.84	0.28	0.56	0.97
Lima	1.71	0.67	1.05	1.68
Loreto	0.60	0.20	0.40	1.58
Madre de Dios	2.75	0.85	2.01	4.12
Moquegua	3.08	0.73	2.39	2.01
Pasco	1.00	0.22	0.79	1.99
Piura	0.76	0.28	0.49	1.22
Puno	1.07	0.27	0.81	1.47
San Martín	0.83	0.25	0.58	1.91
Tacna	1.93	0.53	1.42	1.42
Tumbes	1.41	0.39	1.03	1.88
Ucayali	1.40	0.39	0.97	0.00
Perú	1.30	0.43	0.98	1.41

Fuente: MINSa 2004 y 2006
Elaboración propia.

Entre los programas que cuenta el Ministerio de Salud tenemos varias líneas de especialización. Es de notar que no todos los programas funcionan en todos los establecimientos de salud. En las postas médicas rurales, la atención es básica y poco diferenciada:

- a. Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS): Este modelo se divide en las diversas etapas de la vida de una persona y según esta se le otorga ciertas atenciones.
 - Etapa de vida Niño: La población objetivo en este caso son los niños recién nacidos hasta los 11 meses y 29 días. Lo fundamental en esta etapa es la de disminuir la morbilidad y mortalidad del infante.
 - Etapa de Vida Adolescente: La población objetivo son adolescentes entre los 10 y 19 años, divididos en dos grupos con diferentes necesidades y procesos: la adolescencia temprana entre los 10 y 14 años y la madura entre los 15 y 19 años. Se busca educar a los adolescentes en su forma de ingerir alimentos, promoviendo las frutas y verduras, el agua, carbohidratos. Asimismo, se incentiva el deporte y el mantener un peso saludable de acuerdo a la edad. Los padres también son educados para que brinden soporte y sepan cómo afrontar la relación con hijos e hijas adolescentes.
 - Etapa de Vida Adulto: La población objetivo son los adultos entre los 20 y 59 años, dividiéndolos en tres grupos con diferentes necesidades. El adulto joven se encuentra entre los 20 y 24 años, el adulto intermedio se encuentra entre los 25 y 54 años y el adulto pre- mayor entre los 55 y 59 años.
 - Etapa Adulto Mayor: La población objetivo son las personas a partir de los 60 años a más. Para ellos además de seguir promoviendo una alimentación sana, promueven actividades recreacionales los cuales los mantengan ocupados y puedan sentirse útiles.
- b. Campañas contra el frío: En el Perú, el invierno se da entre los meses de abril y agosto cuando, en las zonas de la sierra como Cuzco y Puno, el frío es intenso y el contraste entre las temperaturas diurnas y nocturnas es extremo. Según el Ministerio de Salud, la infección respiratoria aguda (IRA) ocupa en el país el primer lugar dentro de las causas de morbilidad y atención médica. La población más afectada son los recién nacidos y los niños y las niñas pequeñas. Para esto el MINSA hace campañas internas en las comunidades alertando a los habitantes y educando a darse cuenta de los signos. Anualmente se ve en la necesidad de pedir ayuda a la población, mayormente urbana, para que contribuya con frazadas o abrigos.
- c. Sistema de Vigilancia en Salud Ocupacional (SIVISO): Este sistema es aplicado para vigilar la salud de los trabajadores independiente del tipo de trabajo que tenga. El SIVISO cuenta con tres componentes:
 - Vigilancia de Riesgos Ocupacionales: En este se identifica y controla los factores de riesgos que presenta el entorno laboral, para intervenir en caso se presente algún inconveniente.
 - Vigilancia de Accidentes de Trabajo: En este se identifica y controla los accidentes de trabajo. También se evalúa los costos que genera para el estado, la empresa y el trabajador, los accidentes.
 - Vigilancia de Enfermedades Ocupacionales: En esta etapa se busca identificar las enfermedades con mayor incidencia asociadas a las condiciones de trabajo.

- d. Programa Nacional de Hemoterapia y Banco de Sangre (PRONAHEBAS): Este programa se crea en el año 1995 debido al interés de mediante la “donación voluntaria”, crea un banco de sangre el cual sirva para en caso de alguna emergencia que requiera atención inmediata.

Además de estos programas que se dan de forma constante, el Ministerio de Salud a lo largo de año organiza campañas por diversos motivos, en los cuales se da atención médica gratuita. Entre ellos tenemos: la Campaña de Vacunación contra la Hepatitis B, “Házte la prueba del VIH”, el Día Mundial del Lunar y la campaña contra el dengue.

3.1.6 Las acciones gubernamentales de “cuidado”: reflexiones finales

El Estado peruano ha aplicado medidas en algunos campos que pueden entenderse como propiciadoras del “cuidado” de la población. En otros ámbitos –por ejemplo, la provisión de vivienda o programas para mejorar la vivienda que la población se autoconstruye- ha sido lento para actuar y sus esfuerzos han sido mínimos. Ha dirigido su atención prioritaria a determinados grupos –particularmente madres y niños pequeños- a expensas de otros. El alcance de muchos programas es poco y los criterios que determinan la aplicación en un lugar u otro son poco transparentes y poco congruentes con los diagnósticos de necesidades. Un tema que recorre toda la revisión de la acción “cuidadora” del Estado peruano es la preferencia otorgada a la población concentrada en el área de Lima Metropolitana. La situación demuestra el peso político de la capital y los pocos mecanismos de representación real y de presión efectiva que poseen segmentos de la población en otras zonas del país.

Como marco grande que ayuda a hacer sentido de la información resumida aquí están las limitaciones de la gobernabilidad en el Perú. El Estado no tiene un control efectivo sobre los procesos que se dan ni las fuerzas que determinan el modo en el cual la mayor parte de la población se desenvuelve en la mayor parte de sus asuntos día a día. Un acucioso estudioso que ha estado involucrado en la administración pública en distintas capacidades concluye en tono pesimista:

Según estudios recientes, el 60% del PBI peruano es producido en condiciones de informalidad y el 66% de la fuerza laboral del país carece de protección y derechos. Estos porcentajes han crecido de manera sostenible en los últimos años, en contextos de expansión y recesión económica, y son de los más altos de América Latina (y del mundo). La mayoría de la población no toma sus decisiones diarias - personales, familiares, económicas y sociales- teniendo en cuenta las normas legales vigentes ni respetando lo que dicen u “obligan” las instituciones públicas. La presencia tan dominante de la informalidad pone en cuestión al propio Estado y a su capacidad de organizar la vida en común de los habitantes del país. ¿De qué sirven las leyes que emite el Congreso y las propias autoridades encargadas de aplicarlas, si muy pocas las cumplen o están sujetos a ellas? (Villarán 2006:50)

3.2- La oferta privada de cuidados

Si el impacto del Estado frente a las necesidades y demandas de cuidados es débil y limitado, queda por conocer la acción del sector privado en la provisión de servicios que constituyen parte de la organización del cuidado. Esta sección presenta la información sobre el particular. Se apoya fuertemente en una serie de estudios realizados como parte de un proyecto comparativo de investigación acerca del “tercer sector” en los países en desarrollo. Los investigadores encargados de la parte peruana fueron Felipe Portocarrero y Cynthia Sanborn, ambos afiliados a la Universidad del Pacífico. Sus investigaciones demuestran la importancia crucial de los sectores comunitario, empresarial, filantrópico y desarrollista en la organización social y el sustento económico del cuidado en el Perú. Detallan el rol de muchos de estos en la construcción histórica del régimen social peruano. Sus datos revelan un cuadro complicado e inconsistente. Los diferentes sectores suelen actuar sin coordinación y casi sin tomar en cuenta las acciones de los otros. Este hecho dificulta los intentos de hacer comparaciones o de analizar los traslapes, las ineficiencias y las posibles sustituciones entre unos y otros. Similar a la situación que se vio en el caso del Estado peruano, resulta difícil evaluar el verdadero impacto de una gran diversidad de programas y proyectos, apoyos y donaciones, consejos e intervenciones, en la organización de los cuidados en los hogares peruanos.

3.2.1 El tercer sector

El libro *Más allá del individualismo: el tercer sector en el Perú* (Portocarrero, Sanborn, Cueva y Millán, 2002) entrega una valiosa información acerca de la evolución histórica y el estado actual de una gran cantidad de iniciativas surgidas en lo que hoy llamamos la sociedad civil. Abarca diversas instituciones privadas, confesionales y benéficas; organizaciones comunitarias, fundaciones, y las organizaciones no gubernamentales de promoción al desarrollo (ONGs) que aparecieron a partir de los años '60. Los autores contabilizan un total de casi 50,000 instituciones y organizaciones, clasificadas en ocho categorías (Cuadro 18).

Cuadro 18: Organizaciones que conforman el tercer sector peruano

Profesionales de la Salud	
Tipos de organizaciones privadas sin fines de lucro	Número
Educación (escuelas, colegios, institutos)	12,186
Salud (centros de salud alternativos)	220
ONG	1.659
OSB (organizaciones sociales de base: solo incluye comedores populares y comités de Vaso de Leche)	34,509
Cultura, deportes y recreación	309
Asociaciones empresariales y profesionales	304
Fundaciones	82
Otros	48
Total	49,407

Fuente: Portocarrero, Sanborn, Cueva y Millán, 2002:217, Cuadro 6

La gran cantidad de organizaciones va de acuerdo con una gran cantidad de mano de obra que ocupan las actividades del tercer sector. Estas emplean 129,827 trabajadores/as remunerados/as a tiempo completo (Portocarrero, Sanborn, Cueva y Millán, 2002:218). Comparada con otros tipos de empleo en el Perú, esta cifra es significativa. Como indica el Cuadro 19, las personas que trabajan en el tercer sector —la mayoría en el diseño, la administración y la ejecución de servicios y proyectos que podríamos agrupar gruesamente bajo un rubro de “cuidados”—equivalen a casi el 17% de todo el personal empleado en el gobierno, sólo una parte del cual podría entenderse como dedicado a actividades de cuidado. La cantidad de puestos de trabajo que genera el sector privado sin fines de lucro pasa a insignificancia, sin embargo, frente a la cifra total de empleo de peruanas y peruanos en las micro y pequeñas empresas (4,5 millones), el mayor empleador nacional.

Cuadro 19: Empleo (tiempo completo) en el sector privado sin fines de lucro:

Relación	Referente
2,43%	Todo el empleo no agrícola
3,3%	Empleo en servicios
16,91%	Personas empleadas en el gobierno (nivel central, regional, municipal)

Fuente: Portocarrero, Sanborn, Cueva y Millán, 2002:217, Cuadro 6

La actividad de las organizaciones del tercer sector se concentra en tres rubros: educación, salud y servicios sociales. La ley peruana obliga a los promotores de servicios educativos particulares (escuelas, institutos, centros de capacitación, universidades) a incorporarse como “asociaciones sin fines de lucro”. Considerando solo el indicador de los puestos de trabajo para evaluar el peso de diferentes rubros de actividad, el Perú destaca en la comparación de 22 países del estudio comparativo internacional, del cual la colección de Portocarrero, Sanborn, Cueva y Millán forma parte, debido a la preponderancia de las actividades educativas. En el Perú, el 45% del empleo (remunerado y voluntario) en el tercer sector cubre funciones clasificadas como “educación e investigación”, a comparación del 23% para el resto de países. El segundo rubro en importancia es el de servicios sociales. Nuevamente Perú, considerando trabajadores remunerados y voluntarios, ocupa una proporción inusual en tales actividades: 38% de toda la ocupación en el tercer sector en el caso peruano, 22% para el promedio del resto de los países. Este resultado está fuertemente influido por la inclusión de las mujeres de comunidades pobres en la operación de los comedores populares y el programa de Vaso de Leche (Portocarrero, Sanborn, Cueva y Millán, 2002:237).

Es así que el voluntariado que se ocupa en el sector privado sin fines de lucro es también considerable. Se calcula que alrededor de 80,000 personas trabajan a tiempo completo como voluntarias en estas organizaciones, servicios y programas. Esta cifra aun no incorpora el ejército de mujeres en barrios y comunidades rurales de pobreza que manejan servicios como los comedores populares y los Comités de Vaso de Leche. Los estudios señalan un total global de casi 200,000 voluntarias y voluntarios que hacen funcionar las actividades del sector. Las tareas que realizan van desde la dirección y administración central de programas que tienen un alcance nacional, hasta las labores de acarrear agua, vigilar el almacén o barrer el piso del local donde funciona un programa de apoyo alimentario.

Es importante mencionar que la mayoría del trabajo voluntario considerado en nuestras estimaciones proviene de las OSB (comedores populares y comités del vaso de leche). Más aún, información adicional, que no es directamente comparable con la información en el nivel nacional antes referida, sugiere que la cifra actual de voluntarios en el sector sin fines de lucro en el Perú es considerablemente mayor. En efecto, según la Encuesta de donaciones y trabajo voluntario llevada a cabo en 1998 [N. de a.: Lima, Arequipa, Trujillo, Cusco], aproximadamente un 31% de la población, en las cuatro ciudades estudiadas, reportó contribuir con tiempo voluntario en organizaciones sin fines de lucro. Si se proyecta el total del esfuerzo voluntario, tomando como base esta encuesta, se podrían identificar poco menos de 169.000 trabajadores voluntarios ATC, lo cual elevaría la cifra total del empleo remunerado y voluntario en el sector sin fines de lucro a más de 198.000, es decir, alrededor del 5,52 por ciento del empleo total no agrícola del país. (Portocarrero, Sanborn, Cueva y Millán, 2002:218)

La historia del tercer sector revela mucho acerca del pensum peruano sobre las necesidades del cuidado de diferentes segmentos de la población, sobre las relaciones entre los estamentos sociales, y sobre las obligaciones que existen entre distintos individuos y grupos mutuamente implicados en la organización del cuidado.

Durante este período (post Independencia) de inestabilidad política y debilidad institucional, se produjo la creación de la primera Sociedad de Beneficencia Pública, en 1826, con el objetivo de restablecer el funcionamiento de muchos hospitales y obras de caridad, cuya administración se había complicado gravemente como consecuencia directa del colapso general causado por las guerras de Independencia, colapso que no solo perjudicó especialmente la labor de los padres betlemitas, judadedianos y camilos, sino que además produjo una escasez crítica de personal religioso.

Más allá de esta urgencia puntual, la Sociedad de Beneficencia nace inspirada en la experiencia de las múltiples sociedades filantrópicas y humanitarias que proliferaron en Europa durante los siglos XVIII y XIX y que alentaban la participación de los ciudadanos en los asuntos de interés público. En efecto, cada ciudad poseía una sociedad de beneficencia en la que distinguidos miembros de la alta sociedad velaban por el buen funcionamiento de hospitales, hospicios, asilos, cementerios y manicomios. En 1834, la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima es fundada por el Mariscal Orbegoso con el propósito específico de dirigir los hospitales de Lima. Sin embargo, esta institución será reformada en 1848, bajo el régimen de Castilla pues si bien se contaba con los recursos necesarios, sufría de una escasez crónica, tanto cualitativa como cuantitativa, de personal y recursos para atender y dirigir los hospitales y centros de asistencia en general.

En la Memoria anual de 1880, en plena guerra con Chile, es interesante leer el papel que, basado en el ‘consuelo dulcísimo de la caridad cristiana’, se atribuía la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima en el ‘alivio de las desgracias públicas’. Ahí se señalaba que, pese a los problemas materiales que enfrentaba, seguiría realizando su obra en ‘el expósito y el huérfano, el ciego y el mendigo inválido, el enfermo común, la parturienta vergonzante, el incurable y el insano, la mujer pobre, la decrepitud de la ancianidad, la ignorancia de la niñez destituida de recursos y otras muchas de aquellas desdichas que forman parte del obligado cortejo de la miseria humana’. (...) El gobierno del general Remigio Morales Bermúdez otorgó a la institución una nueva organización y promulgó la primera Ley de Sociedades de Beneficencia de la República el 2 de octubre de 1893, donde se precisaba que sus objetivos debían ser únicamente el apoyo y la protección a los desvalidos del país. (Portocarrero, Sanborn, Cueva y Millán 2002:93-94)

En 1860 se funda la primera sociedad mutualista, la Fraternal de Artesanos de Auxilios Mutuos. Seguían otras, enfocadas en la problemática de los trabajadores (ayuda en casos de enfermedad, accidentes y muerte, reguladoras del empleo en sectores industriales específicos).

Bajo la inspiración del mutualismo, que en 1895 logra ubicar un representante en el Parlamento peruano, se registran las primeras manifestaciones políticas con presencia de masas populares y la lucha por la implantación de un marco legal que regulara el trabajo infantil y femenino. (Portocarrero, Sanborn, Cueva y Millán 2002:98)

Las sociedades mutualistas dieron nacimiento eventualmente al movimiento sindical. Sin embargo, hasta bastante entrado en el siglo XX seguían muy imbricadas con la herencia anterior y con el conservadurismo social, el autoritarismo y las acciones limitadas al auxilio mutuo y la caridad. En las primeras décadas del siglo pasado ingresan las influencias del anarcosindicalismo, los ecos de la Revolución rusa y el indigenismo.

En 1936 se estableció el Seguro Social Obrero y el Estado peruano tuvo uno de sus momentos de mayor involucramiento con la mejora de las condiciones de vida de la población trabajadora de las grandes ciudades. Se construyen barrios obreros en Lima y hubo iniciativas para la creación de sistemas de transporte barato y masivo. Hacia los años '60 y '70 este impulso había pasado a las nuevas barriadas y zonas de invasión de migrantes del campo.

3.2.2 Las iglesias

La influencia de la Iglesia Católica en la conformación del régimen social peruano es profunda y antigua. Las hermandades y cofradías religiosas son una herencia de la Colonia y persisten hasta hoy. Prestan asistencia a sus miembros y algunas de ellas cumplen ciertas funciones sociales frente a sus barrios o determinados grupos de personas o instituciones que identifican como necesitadas y merecedoras (huérfanos, asilos de ancianos). En 1858, con la llegada de las Hijas de la Caridad, se inicia una era en la cual son religiosos/as extranjeros/as quienes predominan en el manejo de escuelas, hospitales, asilos y orfanatos. Durante casi medio siglo, las atenciones dispensadas en estas instituciones, las condiciones de admisión, y la filosofía de cuidado que expresaban eran incuestionables. El monopolio se rompió con el ingreso de misioneros protestantes que planteaban otras ideas nuevas.

Un hecho anecdótico pero importante se advierte al observar que durante el Congreso de Acción Social (en 1921, bajo convocatoria de la Iglesia Católica) fueron censurados algunos movimientos considerados en ese entonces subversivos por la Iglesia, como el comunismo, el 'feminismo revolucionario' y el protestantismo. ¿De dónde provenía esta rivalidad entre ambas iglesias? Lo que sucede es que, desde 1898, los adventistas iniciaron una vigorosa labor proselitista, asistencial y educativa en los Andes peruanos, particularmente en el altiplano. (Portocarrero, Sanborn, Cueva y Millán 2002:103)

Los grupos protestantes incluían a adventistas, metodistas y presbiterianos. Los primeros se concentraban en la sierra sur, mientras que los metodistas ya tenían cuatro colegios en Lima en el año 1900. Principalmente de origen norteamericano, los misioneros se escandalizaban con los niveles de analfabetismo y las ínfimas condiciones de vida de la población rural andina. Su doctrina requería que los fieles supieran leer la Biblia, a fin de establecer su propia relación con Dios, y para eso establecieron escuelas clandestinas para los siervos de las haciendas. El fruto de estas iniciativas fue recogida algunas décadas después cuando uno de los grandes reformadores del sistema de salud en el Perú se apoyó en los campesinos educados para crear cadres de promotores de salud a fin de combatir el tifus y otras enfermedades endémicas en la sierra (Cueto, 1997).

Como era de esperarse, la difusión del activismo protestante generó una actitud de rechazo entre la gran mayoría del clero y de la clase alta peruana. Ante este nuevo escenario, se experimenta un crecimiento en la actividad asistencial y educativa de la Iglesia católica con la llegada de nuevas congregaciones del exterior. De este período son, por ejemplo, las mercedarias misioneras quienes, invitadas por el obispo del Cusco en 1927, se hacen cargo de la Casa del Hogar San Pedro para huérfanos; y las Hijas de María Inmaculada que,

invitadas por los jesuitas en 1929, fundan la primera obra para empleadas domésticas en el Hospital San Andrés, la cual comprendía un pensionado, una escuela nocturna y un colegio diurno. (Portocarrero, Sanborn, Cueva y Millán 2002:104)

La rivalidad entre variantes institucionales del cristianismo persiste hasta hoy y la acción social está en el centro de los debates. Las iglesias protestantes clásicas han sido reemplazadas por iglesias evangélicas de un amplio espectro doctrinal y organizativo. Lo que tienen en común es su uso de pastores y personal laico que forma parte de la misma comunidad donde se reúne el culto y donde se lleva a cabo una labor de proselitismo y asistencia social. Algunos de los representantes de la Iglesia Católica señalan los programas de asistencia de las iglesias evangélicas como una suerte de soborno o anzuelo para facilitar el abandono del catolicismo y la conversión al protestantismo o alguna otra iglesia alternativa. De hecho, en las comunidades rurales andinas la conversión extrae a la familia del sistema de fiestas patronales y otras celebraciones rituales asociadas al catolicismo popular, con resultados como la reducción del alcoholismo, la violencia doméstica y el despilfarro del dinero. Las familias evangélicas tienen fama de ser más exitosas económicamente y, en cierto modo, están modelando nuevas formas de organización de la familia, su economía y sus cuidados, que poco a poco están siendo asimiladas entre los católicos.

En los barrios pobres urbanos, los grupos evangélicos conducen programas de prevención y atención a consumidores de droga, ayuda de emergencia en casos de enfermedad y muerte de los vecinos, visitas a las cárceles, combate al pandillerismo y la prédica de la castidad como una forma de evitar los males de los embarazos precoces y la irresponsabilidad familiar. Los hombres y las mujeres que se unen a un grupo evangélico generalmente asumen la obligación del diezmo (fuente de financiamiento de los programas sociales) y la obligación de dedicar un porcentaje de su tiempo a las obras. El crecimiento explosivo de las iglesias evangélicas –en el Censo de 2007 el 12.5% de la población nacional se identificó de ese modo— sugiere que su enfoque social está respondiendo a una necesidad sentida. El mantenerse físicamente cerca a los problemas, asentados en los barrios y comunidades rurales, crea una capacidad de respuesta rápida que es difícil de reproducir en la organización de parroquias y congregaciones de la Iglesia Católica. Un inventario de los servicios de cuidado diurno disponibles en Lima en el año 1986, por ejemplo, encontró mucho mayor actividad por parte de las iglesias evangélicas que la Iglesia Católica (Acción Pro Cunas, 1990). Las cunas que auspiciaban diferentes grupos evangélicos tendían a funcionar en casas y locales dentro de los barrios pobres. El centro de atención infantil funcionaba en los espacios que de otro modo solo se usaban durante el culto o en las noches. Las pocas cunas infantiles que tenían algún auspicio de la Iglesia Católica se hallaban en barrios antiguos, clasemedianeros, y eran regentadas por congregaciones de monjas cuyo mandato contemplaba distintas formas de misión frente al binomio madre-niño o la familia.

La Iglesia Católica peruana tiene divisiones fuertes internas entre sus alas conservadoras y progresistas. El ala conservadora ha estado en ascendencia durante largos períodos mientras se producía la acumulación de escuelas y otras instituciones que caben bajo la jurisdicción de la Iglesia hoy. El pensamiento social dominante durante estos períodos defendía el acceso de todos y todas a la educación y la salud, el cuidado y el bienestar, bajo el supuesto de atender a cada estamento en su lugar, acotando las relaciones entre unos y

otros. Es así que los colegios de élite en la ciudad de Lima y otras ciudades principales suelen ser católicos, miembros de la red de centros educativos católicos, y de antigua fundación. Para las capas medias hay los colegios parroquiales de diversas zonas residenciales. Al mismo tiempo, como reflejo de tendencias más progresistas, movimientos como los Colegios Fe y Alegría han impactado fuertemente en los sectores populares. La Iglesia Católica ha promovido la educación rural, experimentando con internados y mecanismos que faciliten la asistencia escolar de jóvenes rurales, promoviendo la calidad y relevancia de los proyectos educativos rurales y formando maestros en enfoques de interculturalidad. Una parte de la Iglesia Católica se ocupa de fomentar en los niños y las niñas de los estratos privilegiados una actitud caritativa frente a sus pares de estratos pobres; otra parte busca caminos para romper las barreras y crear una comunidad nacional sin grandes desigualdades y exclusiones.

3.2.3 La filantropía

Persisten en el Perú prácticas de caridad privada que son de larga data. Muchas veces se canalizan en las redes de dependientes y servidumbre que se establecen alrededor de las familias pudientes. En las biografías de mujeres pobres, es común encontrar referencias a una madrina o expatrona que, en momentos de gran necesidad, se hace presente con un apoyo económico, favor o intermediación. Puede tratarse de una gestión como hablar con un primo, director del hospital de cáncer, para que se halle cama y se perdone parte de los costos del tratamiento de un hijo de la ex empleada. En raros casos, podría significar que el patrón financie el viaje y el tratamiento de una enfermedad en el exterior. Una madrina se hace presente con el vestido para la fiesta de los 15 años, con el financiamiento de los estudios pos secundarios o con regalos de ropa. Los favores que fluyen desde los acaudalados hacia los pobres pueden consistir en consejos y apoyo moral. Pueden igualmente consistir en un plato de comida que siempre será ofrecido cuando el subalterno hace la visita obligatoria a la casa de los patronos o padrinos en ocasión de los cumpleaños y para las fiestas navideñas. Todo esto de alguna manera impacta sobre los presupuestos de cuidado de las familias (dadoras y receptoras). No existen estudios que hayan intentado cuantificar el importe de este tipo de transferencias.

Fuera de las relaciones cara a cara, *noblesse oblige* no es un concepto que aparece mucho en las conversaciones públicas y privadas en el Perú hoy. No se manifiesta, por ejemplo, en las páginas del periódico *El Comercio* que suele ser vocero del establecimiento político y empresarial. Portocarrero, Sanborn, Cueva y Millán (2002) registran 82 fundaciones a nivel nacional. Muchas de ellas son pequeñas y especializadas; por ejemplo, en otorgar becas de estudios a niños pobres de una localidad.

Las grandes fortunas familiares, basadas en la tenencia de vastas extensiones de tierras en la costa o la sierra, terminaron entre los años 1950 y 1960. Una de las mayores sirvió para crear la Fundación Canevaro. La Fundación asumió la administración de terrenos agrícolas y baldíos en los alrededores de Lima en zonas que posteriormente se volvieron blanco de la invasión de barriadas. Las rentas de dichas propiedades de esta Fundación estaban destinadas al sustento de instituciones como el Hospital Larco Herrera, para pacientes mentales indigentes y de bajos recursos, y el Puericultorio Pérez Aranibar, que acoge a miles de niños y niñas desamparadas. Se produce así una situación profundamente contradictoria en la cual, al defender sus de-

rechos a la propiedad en aras de subvencionar a instituciones para los desposeídos, la Fundación tiene que enfrentarse a la masa de pobres que buscan un lugar para vivir. En los hechos, las oleadas de invasores se han impuesto aunque, en ocasiones, se ha podido establecer arreglos de compra-venta que permitieron a la Fundación recuperar algo del valor de los terrenos.

3.2.4 Empresas y gremios empresariales

Cualquier discusión del rol de las empresas en la organización social de los cuidados en el Perú tiene que comenzar por las relaciones laborales y el papel que juegan las empresas como empleadoras. Las desigualdades económicas tan extremas reflejan las diferencias entre las ganancias del capital y las ganancias por sueldos y salarios. Están estrechamente relacionadas con la brecha enorme entre el ingreso de los dueños de las grandes empresas y el ingreso de sus trabajadores. El salario familiar, la idea de que la empresa debe cubrir con el sueldo que paga los costos de reproducción del trabajador o la trabajadora además de los dependientes de él o ella, nunca ha tenido gran aceptación a nivel filosófico y menos en la realidad. Halla una tenue expresión en prácticas como otorgar una bonificación anual por hijo para la compra de útiles escolares, reclamo que frecuentemente figura en las negociaciones colectivas entre empresas y sindicatos.

Si las formas y condiciones de contratación de trabajadores y trabajadoras no dan claras evidencias de una actitud de “cuidado” por parte de las empresas, podemos hallar algunas luces en la corriente de pensamiento que se conoce como la Responsabilidad Social Corporativa o Empresarial (RSE). Estas ideas ingresaron en el Perú en las últimas dos décadas. Francisco Durand, reconocido estudioso del empresariado peruano, caracteriza su aparición como exógena y fuertemente vinculada a la apertura de la economía en la década de los '90.

Luego de la gran crisis de la década de 1980, particularmente al experimentarse el desastre económico ocurrido durante el gobierno populista de Alan García (1985-1990), gobierno que fue acosado violentamente por acciones guerrilleras y terroristas, tendió a superarse el activismo estatal y el atrincheramiento empresarial. Al triunfar en 1990 una corriente de corte más moderado, propulsora de ideas liberales en lo económico, comenzó el retiro ordenado del Estado en materia de políticas sociales. El país se integró al mercado mundial, proceso apoyado por las fuerzas de la globalización (gobiernos y fundaciones de países desarrollados, organismos financieros internacionales y multinacionales). En ese marco ingresa el tema de la responsabilidad social y el respeto al medio ambiente, el cual es inducido exógenamente. Allí empieza un intento de construcción o reconstrucción no paternalista de relaciones de las empresas y las élites hacia los trabajadores y la comunidad y de nuevas políticas sociales del Estado, más limitadas y puntuales, de proyectos coparticipatorios de ayuda social también llamados “por demanda”. (Durand 2003:431)

Los empresarios tradicionales manejaban sus relaciones con sus trabajadores en tanto patronos –buenos o malos—con quienes establecían relaciones asimétricas de reciprocidad. El patrón, o la patrona, podía (o no) auxiliar a un trabajador en momentos en que éste enfrentaba una emergencia. La petición se hacía cara a cara. La motivación para el patrón era la caridad cristiana y la ayuda dependía de que el trabajador mantuviera una actitud sumisa frente al patrón. En ese marco, la nueva relación que se propone es radicalmente

diferente. El enfoque de Responsabilidad Social Empresarial encuentra su máxima expresión en un grupo de empresarios de la Asociación Perú 2021. Para Perú 2021, la RSE obliga al empresariado a colaborar activamente en trazar un proyecto de desarrollo nacional.

El Estado peruano maneja una política impositiva inconsistente y poco alentadora de las donaciones, si éstas se hicieran con fines de reducir la carga impositiva de las empresas y los individuos. El mecanismo que permite la exoneración tributaria es engorroso, inaplicable en términos prácticos y muchas veces desconocido. Las donaciones, según los propios empresarios, se usan como una forma de publicidad o una manera de reducir los riesgos y legitimarse frente a los actores sociales y las instituciones. Entre quienes se registran como donantes a cambio de exoneraciones tributarias, los rubros preferidos como destinatarios de las donaciones son la educación, salud, la Iglesia Católica y la promoción del arte (Durand 2003:446).

A nivel de empresas individuales, la RSE es ante todo la respuesta frente al problema de llevar relaciones de colaboración con la sociedad en su entorno. Esto es por excelencia el caso de las grandes empresas mineras y energéticas, muchas de ellas extranjeras, cuya actividad tiene grandes impactos sociales, políticos y ambientales en las zonas donde funcionan. Ellas tienen fuertes incentivos para invertir en obras y servicios sociales, así como medidas de asistencia de emergencia, a fin de evitar conflictos y mantener buenas relaciones con sus trabajadores y trabajadoras y con las autoridades y la población local.

La ola actual de grandes inversiones privadas extranjeras en actividades extractivas en el Perú se inició en 1992, con la entrada de la mina Yanacocha. Para eso el gobierno de Alberto Fujimori se había declarado fiel seguidor de las recetas del Consenso de Washington y había tomado las medidas que aseguraran las facilidades y garantías que las empresas exigían para emprender inversiones. Las zonas mineras y petroleras se concentran en los Andes y la cuenca amazónica donde prevalece la pobreza y la exclusión de larga data. Son zonas donde hay la presencia de grupos indígenas y problemas irresueltos de relaciones entre los indígenas y la sociedad mestiza dominante. El ingreso de las empresas casi siempre acarrea la construcción de un campamento que incorpora servicios educativos, de salud y esparcimiento para el personal. En algunos casos, como en la ciudad andina de Huaraz, ha traído la formación de nuevos barrios enteros para un personal extranjero acostumbrado a servicios y amenidades de alta calidad. Los campesinos y los pobladores urbanos, bajo estas condiciones, pueden hacer comparaciones entre la oferta de servicios y la calidad de vida de los estamentos de altos ingresos de la empresa, con los servicios y el nivel de vida que están a su alcance. Las discrepancias han alimentado los resentimientos y movimientos de protesta y rechazo frente a las empresas y frente al gobierno peruano, que poco o nada ha hecho para aliviar la sensación de injusticia y maltrato a los locales.

La mina Yanacocha se halla en el departamento de Cajamarca en la sierra norte del Perú. Un estudio de caso permite hacer algunas inferencias acerca de la visión de la empresa sobre el papel que debe cumplir en tanto “buena ciudadana” en el medio local (Bury, 2003). Una cantidad de más de 50 caseríos rurales fueron comprendidos en el plan de acción social de la empresa, con una población de más de 10,000 personas. Adicionalmente, la empresa ha realizado acciones y aportes en la ciudad de Cajamarca y eventualmente otros

centros urbanos. Esos han sido poco sistemáticos y no forman parte de la base de información que la propia empresa utiliza para evaluar su impacto social y, de paso, realizar sus campañas de imagen. Los impactos buscados se clasifican en varias categorías de “capital”.

Las variables del capital económico están compuestas por infraestructura –tales como construcción y mejoramiento de vías de acceso, construcción y remodelación de escuelas, postas de salud, almacenes de semillas, centros comunales--, programas de microcrédito, adquisición de tierras y empleo directo en la mina. Los componentes de capital humano incluyen almuerzos escolares, útiles escolares, actividades de apoyo nutricional, capacitación de docentes, prevención de salud, programas de asistencia técnica, programas de desarrollo agrícola, mantenimiento y mejoramiento de postas de salud, asistencia médica directa y construcción de letrinas. Las variables de capital natural incluyen la construcción, mantenimiento y mejoramiento de sistemas de agua potable, sistemas de irrigación, y reforestación y otras preocupaciones ambientales. Las variables de capital social incluyen apoyo directo a las organizaciones de los caseríos, tales como las Rondas Campesinas, la creación de nuevas organizaciones –como grupos de pequeñas empresas--, la confianza de la comunidad y la interacción, y un conjunto de variables inspiradas en los estudios sobre capital social, actualmente en curso en todo el mundo, hechos por instituciones como el Banco Mundial (...). (Bury, 2003:403-404)

Por lo general, las empresas mineras, que están rodeadas de comunidades campesinas, han negociado acuerdos de compras de las tierras que se ubicaban dentro de las zonas donde se instalaba una mina de tajo abierto, los caminos y las instalaciones para su operación. En el resto de las comunidades, se agregan algunas oportunidades de trabajo asalariado a la base económica agropecuaria. Los nuevos puestos laborales se crean en la mina y los servicios de soporte y también en las obras que el gobierno municipal en cuestión emprende en base al aumento notable de ingresos que recibe por concepto del cánon minero. Por lo general, los varones tienen mayores oportunidades que las mujeres frente a estos puestos y frente a lo que traen de especialización y capacitación laborales.

Unas pocas empresas mineras han intentado emprender programas sociales más imaginativos y de mayor proyección. Antamina, en el departamento de Ancash, ha fomentado el cultivo de productos que pueden ser usados para abastecer las cafeterías de la empresa y ha implementado escuelas de chef y otros programas de capacitación dirigidos a modernizar la agricultura campesina, promover la transformación de sus productos y abrir nuevos mercados. Este caso es excepcional y destaca debido al conservadurismo y la rutinización que marcan la mayoría de programas de colaboración local de las grandes empresas extractivas. Las empresas realizan un apoyo significativo a la educación y la salud en el país, en rubros que deberían ser cubiertos –bajo otras circunstancias—por el Estado. La empresa minera Yanacocha en los pueblos rurales de Cajamarca, por ejemplo, resuelve algunos de los problemas que, en todo el resto del país, son persistentes y frenan el desarrollo de la educación rural estatal.

(El programa social de la empresa) ha construido o mejorado las escuelas de los caseríos, ha donado muebles para las escuelas y útiles escolares para los niños, ha apoyado los costos de transporte de los profesores, ha

mejorado las cocinas escolares, ha electrificado las escuelas a través de instalaciones de energía solar y ha apoyado los programas de almuerzo escolar para los niños. Estos programas han contribuido a aumentar la asistencia de los estudiantes y la presencia de los profesores en los caseríos, lo que sin duda está contribuyendo a tener mejores oportunidades educativas. (Bury, 2003:409)

Tal rol de “tapar los huecos” dejados por el Estado sigue siendo precario, sin embargo. El análisis de las acciones de apoyo social de la empresa Yanacocha revela historias diferentes en diferentes comunidades y caseríos. En algunos, los acuerdos decaen por diversos motivos y rápidamente comienza a fallar el mantenimiento de las obras y los servicios. En el sector salud, la empresa apoyó el mejoramiento de la infraestructura de los centros y postas de salud rurales. Sin embargo, el Ministerio de Salud no realizó las acciones necesarias para asegurar la presencia del personal y un mejoramiento en la atención. El resultado es que las mismas deficiencias permanecen al momento de evaluar el cuidado de la salud que recibe la población. En algunos casos, las empresas mineras han instalado obras de agua potable, las cuales han conducido a una reducción en la presencia de enfermedades diarreicas en niños y adultos. Nuevamente, podría argumentarse que las empresas han suplido lo que debió ser una responsabilidad estatal que venía siendo desatendida desde décadas atrás.

3.3- Las comunidades locales y sus organizaciones

En el acápite 3.2.1 se presentó una información sobre las organizaciones del tercer sector, analizadas en una colección de estudios sobre la sociedad civil en el Perú (Portocarrero, Sanborn, Cueva y Millán 2002). Se llegó a contabilizar un total de casi 50,000 organizaciones. Dicho total deja fuera algunas categorías de organizaciones para las cuales no fue posible obtener información fehaciente. Estas incluyen los siguientes tipos de asociaciones y clubes, cuyo peso fue estimado por los mismos autores de los estudios (Cuadro 20):

Cuadro 20: Organizaciones comunitarias del tercer sector (estimaciones)

Tipo de organización	Estimaciones acerca del número y los alcances
Organizaciones provinciales y de migrantes internos	No existe un registro formal. Se estima que existen unos 231 clubes departamentales, 150 clubes provinciales y más de 6.000 clubes distritales (año 1995)
Organizaciones deportivas	Federaciones, equipos profesionales, ligas amateurs, de fútbol y de vóley. Además existen miles de clubes locales y barriales que reciben apoyo de amigos y vecinos.
Organizaciones sociales de base (OSB)	Además de los comedores (4.500) y comités del Vaso de Leche (30.000) contabilizados, existen aproximadamente 20.000 clubes de madres y 4.600 juntas vecinales.
Organizaciones tradicionales del sector rural	Aproximadamente 5.785 comités de autodefensa (rondas campesinas) con 400.360 miembros a nivel nacional.
Sindicatos	Número desconocido. Alrededor de 250.000 miembros inscritos, de los cuales 35.000 están registrados en Lima.

Fuente: adaptado de Portocarrero, Sanborn, Cueva y Millán, 2002:216, Cuadro 5.

La información que se dispone deja la fuerte impresión de que, en el Perú, más allá del Estado, las empresas, las instituciones y la filantropía, son los pobres quienes se ocupan de cuidar de los otros pobres. De acuerdo con los datos y estimaciones de Portocarrero, Sanborn, Cueva y Millán, las casi 60,000 organizaciones sociales de base benefician a más de 6.5 millones de peruanos. Las 34.500 de estas que son comedores y comités de Vaso de Leche son de creación bastante reciente, habiéndose originado en las crisis económicas de fines de los '70 y la década de los '80.

Los programas alimentarios (comedores, Vaso de Leche), los grupos de promotoras de salud y los clubes de madres caminan sobre el trabajo no remunerado de miles de mujeres peruanas repartidas en miles de asentamientos urbanos pobres y comunidades rurales. Participar como voluntaria en uno de estos puede tomar unas horas a la semana, como en el caso de una promotora de salud que expende medicamentos desde su casa y hace visitas ocasionales a casas en el entorno donde se sabe o se sospecha que hay tuberculosis. En otros casos, sobre todo los comedores, el voluntariado se convierte en una dedicación de 8 horas o más a la compra de insumos, el acarreo de agua, el procesamiento y la preparación de los alimentos, el expendio de las raciones a la fila de vecinos que se forma a la hora del desayuno, del almuerzo o de ambos, el lavado de ollas, el ordenamiento de las cuentas y las coordinaciones con el grupo para planificar menús y repartir turnos para el día siguiente. El surgimiento de estas organizaciones fue sumamente discutido entre feministas peruanas, sobre todo cuando se vio como el gobierno se apoyó en ellas para hacer funcionar sus estrategias de combate a la pobreza sin contemplar una compensación por el tiempo y la energía de las mujeres, sus conocimientos técnicos y sus capacidades administrativas. Actualmente, los clubes de madres, grupos de promotoras y otras organizaciones femeninas comunales son un eslabón infaltable en las campañas de salud. Son el mecanismo más eficaz que cuenta el gobierno para comunicarse con la población y motivar la participación. En el caso de las organizaciones de mujeres, entonces, el cuidado que se presta a la comunidad pone en cuestión el cuidado que se presta a las mujeres voluntarias que asumen este papel. Muchas veces ellas son las más pobres de los pobres, y trabajan a cambio de algunas raciones de comida para llevar a sus casas. Otras veces son mujeres mayores que ya no tienen dependientes en sus casas y pueden darse el lujo de servir a la comunidad. Otras veces son mujeres con una fuerte convicción política o religiosa que manda a promover la solidaridad entre vecinos y vecinas. En otros casos más las mujeres trabajan desde una fuerte convicción religiosa (Galer y Nuñez, 1989).

La lista de organizaciones comunales sugiere dos más necesidades de "cuidado" que están siendo cubiertas a este nivel. Una es el esparcimiento y la integración social de los barrios y comunidades locales. Aquí entran a taller los equipos y ligas deportivas, cuyas funciones atraen al público local y se convierten en ferias de viandas y encuentros lúdicos luego de la dura semana de trabajo. La otra necesidad concierne a la seguridad física y la tramitación de conflictos. Aquí entran a tallar las rondas campesinas y urbanas, las juntas vecinales y algunas organizaciones provinciales. Los barrios urbanos pobres reciben muy poca atención de la policía y las comunidades rurales son dejadas a su suerte, salvo que sus propias autoridades puedan actuar para deslindar conflictos por tierras, animales, robos, raptos, agresiones y violaciones. Las pandillas juveniles son un problema fuerte y creciente en las zonas marginales de todas las ciudades peruanas; crecientemente,

además, involucradas en el consumo y el comercio de estupefacientes. Constituyen una de las principales fuentes de preocupación para las mujeres. En algunos lugares las agrupaciones locales toman la justicia en sus propias manos; en otros lugares establecen un puente con la policía y el sistema judicial.

Para completar esta discusión sobre los cuidados prodigados por los pobres a otros pobres, es necesario hacer referencia a las diversas lecturas que hacen los peruanos no pobres de las organizaciones, los programas y los mecanismos de auto ayuda. Desde algunos sectores, hay un cuestionamiento permanente acerca del merecimiento de los receptores de subsidios y ayudas y acerca de las motivaciones de quienes trabajan en los programas. Hay permanentes acusaciones de corrupción y abusos de la confianza. Se duda del “peligro moral” que implica trasladar beneficios hacia los pobres, donde pueden fomentar hábitos y expectativas que sólo perpetúan la condición de pobreza. Una selección de los titulares de El Comercio, “Decano de la prensa nacional” como reza su slogan, en los últimos meses da una idea de la ambigüedad y la ambivalencia que rodean muchos de los esfuerzos desde los pobres de acceder a los niveles de vida y cuidados que goza el resto de las y los peruanos.

¿A quién beneficia el programa del Vaso de Leche? El Gobierno puede terminar con la corrupción, la mala gestión y la pésima administración de recursos que se mantiene en el Vaso de Leche. (Editorial, 12/5/2009)

Solo denunciaron 60 casos de corrupción en el Vaso de Leche.² Infiltrados en el programa social suman un millón. Organización de comités de la capital dice que retiró a varias dirigentes en el 2008. (2/3/2009)

Se embarazan para cobrar S/.100. Lo hacen para acceder a bono de programa Juntos en Apurímac. Problema alcanza a niñas, adolescentes y mayores de 35 años. Hay problemas para identificar a familias que sí necesitan ayuda. (Informe del domingo: Cruel distorsión de programa contra la pobreza, 18/1/2009)

SIS (Seguro Integral de Salud) subsidia atención de 240.000 personas no consideradas pobres (4/5/2009)

Parte de este debate son las interminables discusiones acerca de la medición de la pobreza y la definición de quién es y quién no lo es. El Perú viene ensayando mapas de pobreza, líneas de pobreza, criterios de necesidades básicas insatisfechas e índices de desarrollo humano desde la década de los '80. A pesar de ello, permanece la incertidumbre, en determinados sectores de la opinión y la conducción nacional, acerca del merecimiento de quienes reciben subsidios y apoyos y el pánico frente al riesgo de la infiltración: la participación en los beneficios de personas que no cumplen estrictamente con todos los criterios de elegibilidad.

Falta afinar el método para medir la pobreza. A pesar de los esfuerzos del INEI. (16/6/2009)

Línea de base es medición obligada contra la pobreza. Para contrastar que la ayuda es efectiva. Evaluación de los programas debe estar a cargo de organismos independientes. (17/6/2009)

2. Se refiere a denuncias oficiales en la Defensoría del Pueblo.

En conclusión, la capacidad y la eficacia de las organizaciones comunales como actores fundamentales dentro de la organización social de los cuidados en el Perú se ven amenazadas desde múltiples lados. Están las deficiencias de los insumos que reciben y la mezquindad de muchos de los presupuestos y subsidios (comenzando por el aprovechamiento de millones de horas de trabajo no remunerado de mujeres y hombres). Está la precariedad de los instrumentos legales que las amparan y del respaldo técnico que pueden recibir. Están las dificultades que enfrentan con sus propias bases y usuarios, al no poder dar soluciones contundentes a los problemas. Están los conflictos que se instauran para muchas mujeres, en particular, entre el tiempo dedicado a la organización y el tiempo dedicado a la atención de la familia y la generación de ingresos. Está el riesgo de su politización y manipulación, como ha ocurrido en épocas de campañas electorales cuando las organizaciones han sido conminadas a llenar las plazas y mítines de candidatos con determinadas promesas. Finalmente, está la desconfianza, las acusaciones de corrupción y el precario respaldo político que expresan segmentos de la sociedad política, el empresariado, la administración pública y la intelectualidad peruanas. Contra eso escribe un experimentado analista de la política social en el Perú, Pedro Francke, en las páginas de otro periódico, La República:

Se requiere otra mirada para el desarrollo. Una que dé más prioridad a mejorar la educación, la salud y la vida, y que equilibre mejor lo económico y lo social, potenciando ambos. Hacerlo exige, por cierto, también considerar de otra manera a los actores del desarrollo: las grandes empresas privadas no son eficaces en lo social; hace falta un Estado más comprometido y que trabaje estrechamente con la población, con los promotores de salud, los maestros y las comunidades y pueblos indígenas. Ya va a llegar el día, ponte el sol. (9/8/2009)

4. Nodos de vulneración de derechos

Los alcances desiguales de los programas y servicios sociales, y las demandas heterogéneas de los individuos y familias, conducen a un reparto del peso de los cuidados que es también desigual. Asimismo, conducen a que determinados grupos estén especialmente expuestos a déficits en los cuidados que reciben mientras que otros no están en libertad, ni para rechazar los cuidados ofrecidos que ellos consideran inapropiado, ni para negarse a asumir responsabilidades de cuidado que ellos consideran injustas e indebidas. Esta sección presenta la información al respecto.

En el Perú se reconoce un derecho universal de la población a una calidad de vida decorosa y el derecho a determinados servicios (salud, educación, seguridad, saneamiento) que la promueven. Al mismo tiempo, se toleran grandes diferenciales en las condiciones reales de vida de diferentes segmentos sociales y ámbitos regionales. Para algunos, no se cuestiona ni el derecho ni el merecimiento; para otros, ambas condiciones están bajo permanente evaluación. Evidentemente, no todos los ciudadanos ni todas las ciudadanas están en un plano de igualdad frente a la organización de los cuidados ni la provisión de los recursos materiales que los sustentan.

En algunos contextos, las tendencias similares a la instauración de estamentos diferentes con derechos diferentes al bienestar se combaten bajo argumentos de la necesidad de la cohesión social como un bien común superior. Estos argumentos no se hacen escuchar en el Perú ni son persuasivos al momento de repartir el presupuesto nacional y elaborar los programas que tendrían el potencial de romper barreras. La separación de diferentes “mundos de bienestar” de acuerdo con la clase social, identidad étnica y ubicación geográfica mantiene su vigencia.

Finalmente, La informalidad. Muchos servicios y cuidados pueden ser comprados. Los del mercado informal pueden ser más apropiados, sobre todo culturalmente, que los formales (ejm servicios de salud locales vs. basados en clínicas)

Todos estos factores introducen fuertes inequidades en el ejercicio de los derechos de las y los peruanos frente a la posibilidad de recibir cuidados por parte de otros, la posibilidad de participar en los sistemas de cuidado bajo condiciones aceptables y la posibilidad de excluirse de determinados roles en estos sistemas. Las tablas a continuación sugieren esquemáticamente dónde se hallan algunos de los mayores problemas del Perú actual frente al reto de constituir sistemas de cuidados justos y adecuados.

Cuadro 21: Derechos a recibir servicios de cuidado: menores de edad

Contenido	Constitución los garantiza Ley de los Derechos del Niño, Niña y Adolescente Gratuidad del parto en los establecimientos públicos de salud Acceso a la educación básica
Titularidad Base de acceso Política	Todo niño, niña y adolescente Haber nacido en territorio peruano o de padres peruanos Ser ciudadano/a, contar con el Documento Nacional de Identidad Plan Nacional del niño, niña y adolescente
Interrelación con otros derechos	Derechos a la educación básica Seguro Escolar de salud (focalizado: solo para alumnos de escuelas y colegios fiscales) Protección del Estado frente a la negligencia, el abuso y la explotación que pueden ser practicados por los familiares y custodiantes
Valoración global del grado de reconocimiento y ejercicio	Mayor cumplimiento de los derechos de infantes y derechos vinculados a la sobrevivencia infantil (controles de salud, combate a la desnutrición) antes que la protección, la promoción del desarrollo o la garantía de cuidados de calidad
Variables que inciden en el acceso y ejercicio del derecho	Pobreza de la familia Capacidades de los familiares y/o custodiantes de actuar como representantes eficaces frente a las instituciones Pertenencia a minorías lingüísticas y culturales Inexistencia de los servicios que tendrían que plasmar los derechos en una atención real; notablemente centros de cuidado y educación preescolar

Fuente: adaptado de Portocarrero, Sanborn, Cueva y Millán, 2002:216, Cuadro 5.

Cuadro 22: Derechos a recibir servicios de cuidado: adultos y discapacitados

Contenido	Responsabilidad de las familias; el Estado actúa en última instancia frente a abusos, abandono y/o indigencia Seguro Integral de Salud (cubre buena parte de los discapacitados y mayores en situación de pobreza) Alimentación subsidiada en programas como Vaso de Leche, comedores y otros
Titularidad Base de acceso Política	Todo adulto mayor y discapacitado Ser ciudadano/a, poseer el Documento Nacional de Identidad (quienes no lo tienen enfrentan dificultades para tramitar beneficios) Protección al Adulto Mayor, Ley de Discapacidad
Interrelación con otros derechos	Plan Nacional de la Familia, normas sobre las relaciones intergeneracionales Derecho a pensiones de jubilación bajo determinadas condiciones (ex trabajadores, aportantes al sistema nacional de pensiones o las AFPs del sistema privado)
Valoración global del grado de reconocimiento y ejercicio	Pensiones de muy bajo monto para la gran mayoría de derechohabientes, no vinculados al costo real de vida Proporción muy grande de la población tanto adulta mayor como discapacitada sin protección real
Variables que inciden en el acceso y ejercicio del derecho	Pobreza de la familia Capacidades de los familiares y/o custodiantes de actuar como representantes eficaces frente a las instituciones Pertenencia a minorías lingüísticas y culturales Inexistencia de los servicios que tendrían que plasmar los derechos en una atención real; servicios especializados en los establecimientos de salud, entre otros

Fuente: adaptado de Portocarrero, Sanborn, Cueva y Millán, 2002:216, Cuadro 5.

Cuadro 23: Derechos a la provisión de cuidados

Contenido	Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres Ley de Familia (establece responsabilidad compartida por el hogar y su manejo)
Titularidad Base de acceso Política	Toda persona adulta que forma parte de un hogar Derechos humanos, leyes de no discriminación Planes Nacionales de Apoyo a la Familia
Interrelación con otros derechos	Derecho al trabajo, reconocido como tal para hombres y mujeres en la Ley de Igualdad de Oportunidades Principio de conciliación vida laboral – vida familiar
Valoración global del grado de reconocimiento y ejercicio	Desigualdad salarial por género en beneficio de los varones contradice la igualdad en el ámbito doméstico Actividades de cuidado fuertemente estereotipadas como femeninas
Variables que inciden en el acceso y ejercicio del derecho	Nivel educativo de mujeres y varones Participación social y exposición a nuevas formas de vida familiar
Fuente: adaptado de Portocarrero, Sanborn, Cueva y Millán, 2002:216, Cuadro 5.	

Posibilidad de rechazar determinados roles en la organización de los cuidados

En el caso peruano resulta relevante considerar las situaciones en las que determinadas personas o segmentos de la sociedad sufren la violación de su derecho a rechazar ser objeto de cuidados, o proveedores de cuidados, en algunas de sus formas y bajo determinadas condiciones. Se trata de un derecho de optar fuera del sistema. Demasiadas veces los cuidados provistos por el Estado, las organizaciones filantrópicas, las empresas y muchas ONGs van acompañados de condicionalidades, actitudes de control y tutelaje, y el estigma de ser objeto del asistencialismo y la caridad. Las personas, objeto de las atenciones, pueden preferir no involucrarse.

Esta situación – en la que un individuo o grupo se ve conminado a aceptar determinados cuidados, entregados de determinada manera, pese a su propia preferencia – se observa sobre donde existe una brecha socioeconómica y cultural entre el proveedor y el receptor del cuidado. El sistema de salud ofrece múltiples ejemplos. La atención a las poblaciones rurales y minoritarias en ocasiones acarrea el uso del chantaje, el miedo y las amenazas. Los proveedores de salud hablan de “captar” a las mujeres embarazadas y se ha documentado prácticas como amenazar con negarles la partida de nacimiento para el bebé o algún beneficio alimentario si el parto no se lleva a cabo en el establecimiento oficial. Esta situación llegó a un extremo en los años '90 cuando, dentro de un programa de planificación familiar, se produjeron decenas de casos de esterilización quirúrgica forzada en comunidades de la sierra andina. Prácticas como estas pueden florecer donde florecen los malos entendidos culturales, la desconfianza de la población y el hábito de recurrir al ejercicio de poder por parte de los servidores de salud. De hecho, el sistema de salud ha hecho esfuerzos por desterrarlas. Sin embargo, no se puede descartar un elemento de coacción de la libre voluntad de las

personas de tomar o dejar un servicio, en un contexto en el cual los privilegios de la educación, del status profesional y de la pertenencia a un estrato social superior abren caminos hacia abusos e injusticias. Agregado a eso, existe poca práctica, en las relaciones que se producen entre profesionales y técnicos proveedores de servicios y el público usuario, de respetar a plenitud el derecho del público a una información completa y a la posibilidad de escoger.

La segunda situación – las limitaciones para rechazar el rol como proveedor de cuidados –alude a la sobreexplotación de determinadas personas y grupos como proveedores de cuidados hacia otros. Se ve en el servicio doméstico y también en muchas mujeres, niños y niñas que son explotadas por sus propias familias. Se ve también en el ejército de mujeres (y algunos hombres) que constituyen el voluntariado de los pobres en los programas sociales y diversos proyectos que tienen el auspicio de las organizaciones del tercer sector. La manera como se piensa en los cuidados en el Perú cumple un papel fundamental en estas situaciones. El ensalzamiento de la maternidad y de los cuidados maternos reproduce un ideal de género femenino que puede extenderse elásticamente. Los cuidados son imaginados como una actividad liviana, poco exigente, y los espacios donde se realizan los cuidados son naturalizados de tal modo que se hacen resistentes a la investigación y la reflexión crítica.

Estos nodos de vulneración de derechos son, entonces, ámbitos de particular preocupación a futuro, en un panorama que se presenta lleno de contradicciones y cortedades pero que también alude a un anhelo de vidas mejores para toda la población del Perú.

5. Referencias

- Acción Pro Cunas. 1990 Catálogo de servicios de cuidado diurno. Lima: Servicios Urbanos y Mujeres de Bajos Ingresos (SUMBI).
- Alcázar, Lorena. 2007 "¿Por qué no funcionan los programas alimentarios y nutricionales en el Perú? Riesgos y oportunidades para su reforma". En: Arregui, Patricia et al. Investigación, políticas y desarrollo en el Perú. Lima: Grupo de Análisis para el Desarrollo, pp. 185-234.
- Anderson, Jeanine. 1993 "Perú". En: Cochran, Moncrieff, editor. Internacional Handbook of Chile Care Policies and Programs. Westport, Connecticut: Greenwood Press, pp. 415-430.
- Anderson, Jeanine y colaboradores. 1999 Mujeres de negro. Estudio de casos de la muerte materna en zonas rurales del Perú. Lima: Ministerio de Salud / Proyecto 2000.
- Aramburú, Carlos Eduardo y Bustinza, María. 2007 "La transición demográfica peruana: implicancias para la conciliación trabajo-familia". Economía y Sociedad No. 63. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social, pp. 62-73.
- Bury 2003
- Cotlear, Daniel, editor. 2006 Un nuevo contrato social para el Perú. ¿Cómo lograr un país más educado, saludable y solidario? Lima: Banco Mundial, Oficina de Lima.
- Cueto, Marcos. 1997 "Tifus, viruela e indigenismo: Manuel Núñez Butrón y la medicina rural en Puno". Capítulo 3 de El regreso de las epidemias. Salud y sociedad en el Perú del siglo XX. Lima: Instituto de Estudios Peruanos, pp. 87-126.
- Durand, Francisco. 2003
- Esping-Andersen, Gøsta. 1990 The Three Worlds of Welfare Capitalism. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Esping-Andersen, Gøsta, editor. 1996 Welfare States in Transition. National Adaptations in Global Economies. London: Sage Publications.
- Figueroa G., Blanca y colaboradores. 2005 Las ciudadanas más marginadas. Lima: Asociación Grupo de Trabajo Redes.
- Filgueira, Carlos H. y Filgueira, Fernando. 2002 "Models of Welfare and Models of Capitalism: The Limits of Transferability". En: Huber, Evelyne, editora. Models of Capitalism. Lessons for Latin America. University Park, PA: The Pennsylvania State University Press, pp. 127-157.
- Frisancho, Verónica y Nakasone, Eduardo. 2007 "Hoy por ti . . . ¿mañana por mí? Las transferencias intergeneracionales y su efecto restrictivo sobre el ahorro provisional en el Perú". Economía y Sociedad No. 65. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social, pp. 55-63.
- Galer, Nora y Nuñez, Pilar, editoras. 1989 Mujer y comedores populares. Lima: Servicios para el Desarrollo.
- Gúezmes, Ana; Palomino, Nancy; y Ramos, Miguel. 2002 Violencia sexual y física contra las mujeres en el Perú. Estudio multicéntrico de la OMS sobre la violencia de pareja y la salud de las mujeres. Lima: Flora Tristán / Organización Mundial de la Salud / Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Henríquez Ayín, Narda. 2005 Red de redes para la concertación. La experiencia de la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza. Lima: Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza.
- Huber, Ludwig. 2008 Romper la mano. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.
- Larme, Anne C. y Thomas Leatherman. 2003 "Why sobrepardo? Women's work, health, and reproduction in two districts in southern Peru". En: Koss-Chioino, Joan D.; Thomas Leatherman; y Christine Greenway, editores. Medical Pluralism in the Andes. London: Routledge, pp. 191-208.
- Leinaweaver, Jessaca. 2009 Los niños ayacuchanos. Una antropología de la adopción y la construcción familiar en el Perú. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.

Oliart, Patricia. 2008 "Temas para la investigación y la reflexión en torno a la sexualidad adolescente en el Perú rural". En: Mannarelli, María Emma; Nina Laurie; Patricia Oliart; y Diane Richardson. Desarrollo rural y sexualidad. Reflexiones comparativas. Lima: Fondo Editorial UNMSM / British Council Perú / Newcastle University, pp. 41-71.

Oths, Kathryn. 1999. "Debilidad: a biocultural assessment of an embodied Andean illness". Medical Anthropology Quarterly 13: 286-315.

Proyecto Niños del Milenio. Informes de progreso en línea. (www.ninosdelmilenio.org/investigación)

Portocarrero, Felipe. 2005 El pacto infame. Estudios sobre la corrupción en el Perú. Lima: Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú.

Portocarrero, Felipe; Sanborn, Cynthia; Cueva, Ricardo y Millán, 2002. Más allá del individualismo: el tercer sector en el Perú. Lima: Universidad del Pacífico.

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). 2009 Informe de Desarrollo Humano, Perú. Lima: PNUD.

Reyes, Esperanza. 2008 En nombre del Estado. Servidores públicos en una microrred de salud en la costa rural del Perú. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia / Instituto de Estudios Peruanos / Salud Global.

Yon Leau, Carmen. 2000 Hablan las mujeres andinas : Preferencias reproductivas y anticoncepción. Lima : Movimiento Manuela Ramos.

Vásquez, Enrique y Riesco, Gustavo. 2000 "Los programas sociales que 'alimentan' a medio Perú". En: Portocarrero, Felipe. Políticas sociales en el Perú: nuevos aportes. Lima: Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú, pp. 89-152.

Verdera, Francisco. 2007 La pobreza en el Perú. Un análisis de sus causas y de las políticas para enfrentarla. Lima: PUCP / CLACSO / IEP.

Villarán, Fernando. 2006 "La reforma del Estado – Período 2006-2011". Economía y Sociedad No. 59. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social, pp. 49-56.

Webb, Richard y Sofía Valencia. 2006 "Los recursos humanos en la salud y la educación públicas del Perú". En: Cotlear, Daniel, editor. Un nuevo contrato social para el Perú. ¿Cómo lograr un país más educado, saludable y solidario? Lima: Banco Mundial, Oficina de Lima, pp. 301-383.

Yon, Carmen. 2000 Preferencias reproductivas y anticoncepción. Hablan las mujeres andinas. Lima: Movimiento Manuela Ramos.

Financiado por:

