



Proyecto de Ley N° **8784/2024-CR**

ROBERTO CHIABRA LEÓN

Congresista de la República

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

PROYECTO DE LEY QUE CREA EL INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA.

El Grupo Parlamentario **ALIANZA PARA EL PROGRESO** a iniciativa del Congresista **ROBERTO ENRIQUE CHIABRA LEÓN**, en uso de las facultades conferidas por el artículo 107° de la Constitución Política del Perú y en los artículos 75° y 76° del Reglamento del Congreso de la República, propone el siguiente **PROYECTO DE LEY**:

FÓRMULA LEGAL

LEY QUE CREA EL INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA

Artículo 1.- Objeto de la Ley

La presente Ley tiene por objeto responder al proceso de envejecimiento poblacional, estableciendo los lineamientos generales para la atención integral y diferenciada de la población en edad geriátrica en el país, mediante la creación de un Instituto altamente especializado en medicina del Adulto Mayor, encargado de coordinar, implementar y supervisar las políticas, programas y servicios destinados a los adultos mayores en el país, generando conocimiento, capacidades profesionales y tecnologías, como una estrategia de prestación de servicios de salud específicos para esta población, garantizando una atención integral y diferenciada que promueva su bienestar y calidad de vida.

Artículo 2.- Finalidad de la Ley

Mejorar la eficiencia y la calidad del sistema de atención de salud, disminuyendo la mortalidad y morbilidad evitables de los adultos mayores, mediante la promoción y fomento de sus derechos en salud, a fin de permitirles participar de los beneficios del desarrollo del país, en igualdad de condiciones con el resto de la población.

Artículo 3.- Ámbito de aplicación

La presente Ley crea el Instituto Nacional de Geriátría, para la formulación y conducción de las políticas nacionales en la formación de recursos humanos, el desarrollo de tecnologías y la investigación del envejecimiento, de las enfermedades y cuidados del Adulto Mayor en todo el Sistema Nacional de Salud, tanto público como privado.

Artículo 4.- Principios de la atención del Adulto Mayor

Los principios que rigen la atención del Adulto Mayor en el marco de la universalización de la salud son:

1. **Universalidad:** Garantizar el acceso en el Sistema de Salud a la población de adultos mayores en establecimientos de salud preparados para una atención integral y diferenciada en geriatría y gerontología.
2. **Equidad:** Brindar atención de salud integral y diferenciada a los adultos mayores al igual que al resto de la población, con calidad y opciones apropiadas a su estado.
3. **Accesibilidad:** Condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos, instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible (OMS).
4. **Eficiencia:** Propugnar el uso racional y eficiente de los recursos en el Sistema de Salud para la atención del Adulto Mayor, mediante establecimientos de salud preparados para su atención, fortaleciendo la eficacia y eficiencia de las intervenciones en salud.
5. **Calidad:** Promover una atención en salud integral y diferenciada al Adulto Mayor, mejorando la calidad del servicio, fortaleciendo las competencias de su manejo en los profesionales de la salud, facilitando la continuidad y oportunidad de su atención.
6. **Calidez:** Brindar atención integral y diferenciada, con sensibilidad y empatía del personal de salud con los adultos mayores y sus familias, informando e involucrando al entorno familiar y social cercano, haciéndoles partícipes de la toma de decisiones, humanizando la atención en sus servicios.
7. **Seguridad:** Asegurar la atención del Adulto Mayor con la evidencia científica requerida para minimizar los riesgos y complicaciones, generando conocimiento mediante investigación relevante y el empleo de tecnología moderna, adoptada o

creándolas para ser aplicadas en el contexto biológico, psicológico y social de nuestra población de adultos mayores.

8. **Descentralización:** Fortalecer el proceso de descentralización del sistema de salud, promoviendo y fomentando la atención integral y diferenciada del Adulto Mayor en todas las Regiones del país, implementando un modelo con estas características, adecuada al contexto de las realidades sociales y culturales regionales.
9. **Desarrollo Social:** Difundir en la población la información sobre los derechos del Adulto Mayor, tanto en su atención de salud como en su desenvolvimiento social, descalificando la discriminación por razones de edad (viejismo/edadismo) e impulsando el empoderamiento de las familias con adultos mayores, a fin de que se beneficien de la atención integral y diferenciada en sus cuidados y reciban el apoyo que esta condición genera.

TITULO II

LA ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR Y EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Artículo 5.- Ente rector del Sistema

El Ministerio de Salud, en su calidad de ente rector del Sistema Nacional de Salud y de acuerdo a sus funciones, conduce, regula y desarrolla estrategias, promueve investigación, supervisa, evalúa los servicios de atención geriátrica en el país.

Artículo 6.- Creación del Instituto Nacional de Geriátria –INGER– para implementar la atención Integral y Diferenciada del Adulto Mayor

Créase el Instituto Nacional de Geriátria –INGER– como un órgano administrativo desconcentrado del Ministerio de Salud, encargado de coordinar, implementar y supervisar las políticas, programas y servicios destinados a los adultos mayores en el país, dedicado al desarrollo y capacitación de recursos humanos, a la investigación relacionada con las enfermedades, tratamiento y cuidado del Adulto Mayor y al desarrollo de tecnologías asistenciales y digitales apropiadas al contexto nacional, a fin de que las instituciones prestadoras del Sistema Nacional de Salud cuenten con la capacidad, herramientas y conocimientos indispensables para brindar los servicios de salud que los adultos mayores requieren, garantizando una atención integral y diferenciada que promueva su bienestar y calidad de vida.

Artículo 7.- Funciones del INGER

- I. Diseñar y coordinar la implementación de políticas públicas para la atención integral del Adulto Mayor.
- II. Fomentar la creación y capacitación de recursos humanos especializados en materia de geriatría y, en aquellas complementarias y de apoyo, mediante la creación e implementación de programas y cursos especializados.
- III. Desarrollar e impulsar estudios e investigaciones en materia geriátrica.
- IV. Promover la creación, disponibilidad y el uso de tecnologías digitales y asistenciales, así como de innovaciones que amplíen el acceso de la población geriátrica a servicios sociales y sanitarios de calidad.
- V. Apoyar al Ministerio de Salud en su carácter de dependencia coordinadora de sector, para la elaboración y ejecución de los programas anuales, sectoriales, especiales y regionales de salud en el ámbito de sus funciones, así como promover la concertación de acciones con los sectores social y privado en su ámbito de competencia.
- VI. Supervisar y evaluar la calidad de los servicios de salud y asistencia social para adultos mayores.
- VII. Fungir como órgano de consulta nacional sobre temas relacionados con su objeto.
- VIII. Difundir y publicar los estudios e investigaciones que en materia de geriatría elabore, así como de aquellas materias afines o complementarias a ésta.
- IX. Llevar a cabo el intercambio de estudios científicos, de carácter nacional e internacional, a través de la celebración de reuniones, eventos y convenios con instituciones afines.
- X. Desarrollar las demás actividades necesarias para el cumplimiento de su objeto, de conformidad con la presente Ley, su Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.

TITULO III

ATENCIÓN INTEGRAL Y DIFERENCIADA DEL ADULTO MAYOR EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Artículo 8.- Servicios de salud especializados

Incorporación de la estrategia de Atención Diferenciada e Integral al Adulto Mayor en los órganos de gestión regional en el país, para coordinar e implementar servicios médicos, psicológicos y de rehabilitación especializados en cada Región.

Unidades Geriátricas en hospitales: Cada hospital general del país deberá contar con una unidad geriátrica especializada para atender a los adultos mayores, proporcionando diagnósticos y tratamientos específicos.

Programas de prevención y promoción de la salud: Se implementarán programas de prevención de enfermedades crónicas, vacunación, promoción de la actividad física y nutrición adecuada, dirigidos a los adultos mayores.

Artículo 9.- Salud mental y apoyo psicosocial

Servicios de Salud Mental: Se garantizará el acceso a servicios de salud mental, incluyendo terapia psicológica y psiquiátrica, para tratar la depresión, ansiedad y otras condiciones prevalentes en los adultos mayores.

Programas de apoyo psicosocial: Se desarrollarán programas de apoyo psicosocial que incluyan actividades recreativas, grupos de apoyo y talleres de habilidades para la vida, promoviendo el bienestar emocional y social de los adultos mayores.

Artículo 10.- Atención domiciliaria y cuidados de largo plazo

Servicios de atención domiciliaria: Se establecerán servicios de atención domiciliaria para los adultos mayores que requieran cuidados continuos pero que prefieran permanecer en sus hogares. Estos servicios incluirán atención médica, fisioterapia y asistencia con actividades diarias.

Centros de cuidado de largo plazo: Se desarrollarán y mejorarán centros de cuidados a largo plazo, proporcionando un entorno seguro y de calidad para aquellos que necesiten asistencia constante.

Artículo 11.- Uso de tecnología en la atención del Adulto Mayor

- a. Implementación de Telesalud para el Adulto Mayor:** Se promoverá el uso de Telesalud para mejorar el acceso a la atención médica, especialmente en áreas rurales. Los hospitales deberán contar con unidades de Telesalud y estar equipados con tecnología para consultas remotas.
- b. Dispositivos de monitoreo remoto:** Se incentivará el uso de dispositivos de monitoreo remoto para gestionar enfermedades crónicas y promover una atención médica continua y personalizada.

Artículo 12.- Capacitación y educación

Formación en Geriatría y Gerontología: Se incluirán programas de formación en geriatría y gerontología en los currículos de las escuelas de medicina, enfermería y otras profesiones de la salud.

Programas de alfabetización digital: Se desarrollarán programas de alfabetización digital para adultos mayores, permitiéndoles utilizar tecnologías de salud digital y participar activamente en la sociedad digital.

Artículo 13.- Investigación y desarrollo

Fomento a la investigación: Se incentivará la investigación en salud geriátrica para desarrollar nuevas terapias, mejorar la atención médica y entender mejor las necesidades de los adultos mayores.

Innovación tecnológica: Se promoverá la innovación tecnológica en el cuidado del Adulto Mayor, incluyendo el desarrollo de dispositivos de asistencia, aplicaciones de salud y herramientas de diagnóstico avanzado.

Artículo 14.- Políticas públicas y financiamiento

Políticas de envejecimiento activo: Se implementarán políticas públicas que promuevan el envejecimiento activo, fomentando la participación de los adultos mayores en su entorno familiar y cercano, con actividades comunitarias y educativas.

Financiamiento sostenible: Se garantizará el financiamiento adecuado y sostenible para todos los programas y servicios establecidos en esta Ley, a través de presupuestos gubernamentales y, colaboraciones con organizaciones no gubernamentales y el sector privado.

Artículo 15.- Financiamiento de las prestaciones

Las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento – IAFAS – y otras modalidades garantizan la atención integral y diferenciada del Adulto Mayor, de acuerdo con lo establecido en el reglamento de la presente Ley y al marco legal vigente.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

PRIMERA. – Declaración de interés nacional

Declárase de interés nacional la atención integral y diferenciada del Adulto Mayor en el Sistema Nacional de Salud.

SEGUNDA. – Reglamentación

El Poder Ejecutivo reglamenta la presente Ley en un plazo de noventa (90) días calendario, contado desde la fecha de su publicación. La Reglamentación de la Ley de creación del INGER debe incluir las acciones en las cuales se establece la estructura organizacional y funcional que permita cumplir los alcances de esta Ley.

TERCERA. Difusión de la Ley

El Ministerio de Salud realiza el respectivo fomento y difusión de la presente Ley a nivel nacional entre el sector y la población, usando los medios y lenguajes predominantes en cada zona.

CUARTA. – Día Nacional del Adulto Mayor

En virtud de lo establecido en la Ley 30088, cada 26 de agosto se celebra el Día del Adulto Mayor en el país, con el objeto reconocer la contribución de los adultos mayores al desarrollo humano y económico, así como resaltar las oportunidades y los retos asociados al envejecimiento demográfico mundial, realizando diversas actividades de sensibilización a la sociedad sobre el Adulto Mayor y sus derechos.

QUINTA. Acuerdo Nacional

Proponer el establecimiento, dentro del acuerdo nacional, de políticas públicas dedicadas a la protección y el desarrollo de iniciativas destinadas a velar por el bienestar de los adultos mayores.

SEXTA. Vigencia

La presente ley entra en vigencia a partir del día siguiente de su publicación en el Diario Oficial "El Peruano".



Firmado digitalmente por:
CHIABRA LEÓN Roberto Lima, 22 de agosto de 2024
Enrique FAU 20181740128 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 03/09/2024 10:11:38-0500

ROBERTO CHIABRA LEÓN
Congresista de la República
Congreso de la República



Firmado digitalmente por:
LIZARZABURU LIZARZABURU
Juan Carlos Martin FAU
20181740128 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 03/09/2024 12:12:28-0500



Firmado digitalmente por:
JULON IRIGOIN Elva Edhit
FAU 20181740128 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 03/09/2024 12:30:00-0500



Firmado digitalmente por:
RUIZ RODRIGUEZ Magaly
Rosmary FAU 20181740128 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 03/09/2024 10:35:00-0500



Firmado digitalmente por:
SOTO REYES Alejandro FAU
20181740128 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 02/09/2024 18:48:22-0500



Firmado digitalmente por:
SALHUANA CAMDES Eduardo
FAU 20181740128 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 03/09/2024 10:50:28-0500



Firmado digitalmente por:
HEIDINGER BALLESTEROS
Nelcy Lidia FAU 20181740128
soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 03/09/2024 10:58:55-0500



Firmado digitalmente por:
CHIABRA LEÓN Roberto
Enrique FAU 20181740128 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 02/09/2024 18:48:09-0500



Firmado digitalmente por:
ACUNA PERALTA Maria
Grimaneza FAU 20181740128 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 03/09/2024 10:16:03-0500



Firmado digitalmente por:
GARCIA CORREA Idelso
Manuel FAU 20181740128 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 03/09/2024 11:43:30-0500



EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. FUNDAMENTOS

La presente iniciativa obedece a una realidad innegable que se manifiesta en nuestra sociedad, como consecuencia del aumento de la esperanza de vida a nivel global. En efecto, a raíz de los avances tecnológicos, la aplicación de determinadas vacunas y medicamentos que ayudaron en la erradicación, el combate o a sobrellevar determinadas enfermedades, la sobrevivencia de sujetos hasta la edad de reproducción, la mayor urbanización de la población humana, entre otros factores, han conllevado a que, actualmente, la población mundial alcance, según estima Naciones Unidas (en adelante ONU), sobrepasa los ocho mil millones de seres humanos.

En el caso de Perú, las cifras desde de 2019 a 2024 apuntan a una reducción de la esperanza de vida, de setenta y seis (76) a setenta y tres (73) años¹, consecuencia del bajo nivel de Índice de Desarrollo Humano (IDH) y de la pasada pandemia de COVID-19, la cual se cobró la vida de los miembros más vulnerables de la sociedad², no solo en Perú, sino a nivel global.

América Latina: Índice de Desarrollo Humano (IDH) por componente			
País	Esperanza de vida	Expectativa de años de escuela	Ingreso per cápita (US\$)
Chile	79.52	16.77	24,431.00
Argentina	76.06	18.98	22,047.97
Uruguay	78.00	17.35	22,206.99
México	74.83	14.51	19,138.01
Ecuador	77.89	14.86	10,693.23
Perú	73.39	14.80	11,916.36
Brasil	73.43	15.58	14,615.89
Colombia	73.66	14.44	15,013.93
Paraguay	70.48	13.91	13,161.08
Venezuela	71.11	13.50	6,184.14
Bolivia	64.93	15.02	7,987.84

FUENTE: PNUD. ELABORACIÓN: Gestión

¹ Fuente: https://www.lampadia.com/opiniones/pnud/_trashed-4/

² Personas con enfermedades crónicas y degenerativas, gestantes, mayores de edad, entre otros.

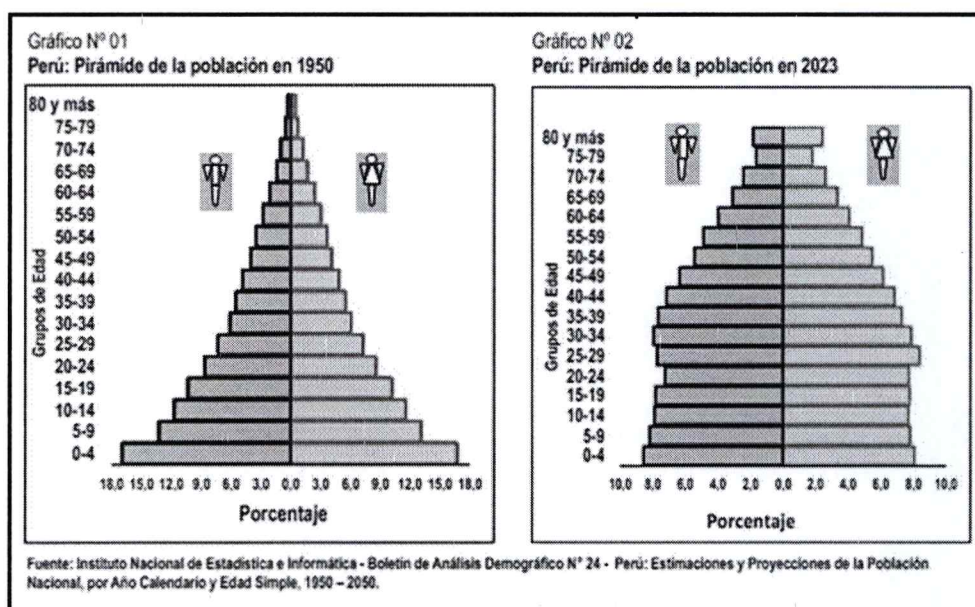


ROBERTO CHIABRA LEÓN

Congresista de la República

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

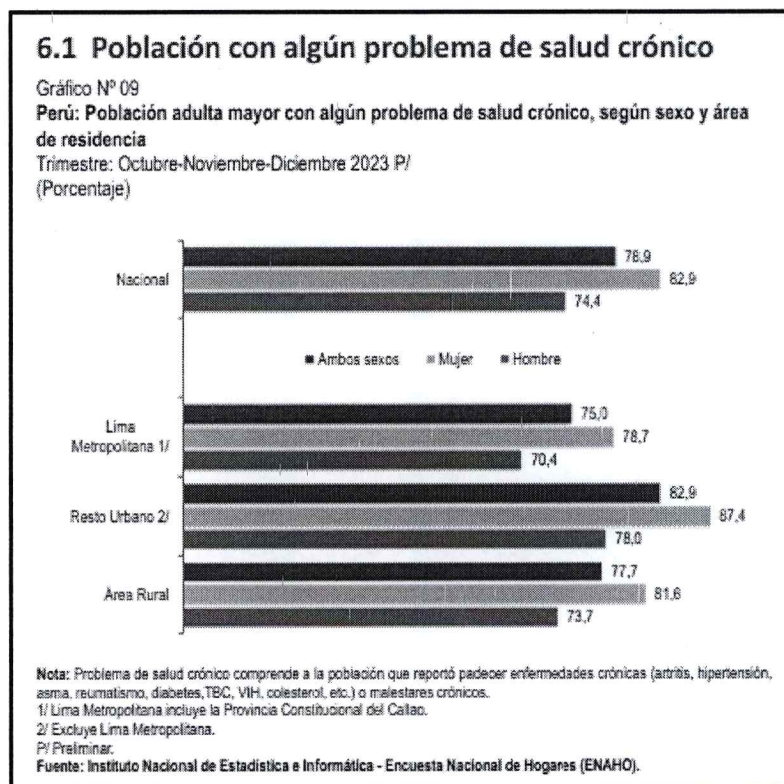
Pese a ello, la realidad nacional respecto al envejecimiento de la población peruana, en comparación a años pasados, es incuestionable. El Instituto Nacional de Estadística e Informática (en adelante, INEI), en su Informe Técnico N.º 1 – marzo 2024 sobre la *Situación de la Población Adulta Mayor*, cuya muestra de estudio según la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) comprendió el último trimestre del 2023 (octubre-noviembre-diciembre.), ha demostrado este hecho, tal como se puede ver en este cuadro comparativo relativo a la pirámide poblacional peruana de 1950 con el de 2023



Como se puede apreciar, en los últimos setenta y cuatro años, la población de personas de sesenta (60) años a más, aumentó de ser un 5.7% a un 13.6% de la población nacional en el año 2023. De este porcentaje, un 52,4% son mujeres (dos millones cuatrocientos doce mil) y un 47,6% son varones (dos millones ciento ochenta y siete mil), dando un total aproximado de cuatro millones quinientos noventa y nueve mil (4' 599,000.00) ciudadanos mayores de 60 años.

En lo que respecta al sector salud, como se puede apreciar en el gráfico, el INEI establece que, a nivel nacional, de la totalidad de adultos mayores de 60 años, el 78,9 % de estos padecen alguna dolencia o problema de salud crónica. En una clasificación por género, del total de la población adulto mayor femenina, el 82,9% padece de males crónicos. En el caso de la población adulto mayor masculina, el 74,4% se encuentra en dicha situación. Las estadísticas varían conforme a la

ubicación, sea en Lima Metropolitana, el resto urbano o las áreas rurales, pero se mantiene la tendencia, siendo la población femenina la que termina por padecer más problemas de salud crónico.



La respuesta lógica a este tipo de problemas es recurrir a la atención sanitaria; sin embargo, las estadísticas demuestran que, en la realidad peruana, la mayoría de los adultos mayores no buscan atención médica para sobrellevar los males crónicos que padecen: al último trimestre del 2023, solo un 39,7% del total de adultos mayores buscaron atención, en contraste al 60,7% que no lo hizo. La estadística resulta menos pronunciada dentro del espacio de Lima Metropolitana, en el que su población adulto mayor que recurre a atenderse por problemas crónicos, es de un 44,9% del total, en contraste al 55,1% de los que no se atienden. Por el contrario, resulta preocupante que, en comparación con el último trimestre de 2022, en el espacio del resto urbano y las áreas rurales, los adultos mayores de 60 años, aumentó la incidencia de aquellos que no recurren a la búsqueda de atención en salud para el tratamiento de sus problemas crónicos.



6.2 Búsqueda de atención en salud

Cuadro N° 6.1

Perú: Población adulta mayor con algún problema de salud crónico, según condición de
búsqueda de atención y área de residencia
Trimestre: Octubre-Noviembre-Diciembre 2022 y 2023
(Porcentaje)

Área de residencia	Oct-Nov-Dic 2022	Oct-Nov-Dic 2023 P/	Variación absoluta (Puntos porcentuales) 2023/2022
Nacional	100,0	100,0	
Buscó atención	36,4	39,7	3,3
No buscó atención	63,6	60,3	-3,3
Lima Metropolitana 1/	100,0	100,0	
Buscó atención	31,8	44,9	13,1
No buscó atención	68,2	55,1	-13,1
Resto Urbano 2/	100,0	100,0	
Buscó atención	39,9	37,5	-2,4
No buscó atención	60,1	62,5	2,4
Área Rural	100,0	100,0	
Buscó atención	36,6	36,1	-0,5
No buscó atención	63,4	63,9	0,5

1/ Lima Metropolitana incluye la Provincia Constitucional del Callao.

2/ Excluye Lima Metropolitana.

P/ Preliminar.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG).

Estas cifras se complementan mediante el cuadro 6.3, por el cual muestra las diferentes instituciones a las que recurren los adultos mayores que recurren al presentar problemas de salud (no necesariamente crónicos). En ese sentido, del 40,5% de adultos mayores que recurren a buscar atención, el 25,6% recurre a centros de salud de distinta índole (12,5% al MINSA, 8% a EsSalud y 5,1% a particulares), mientras un 13,3% recurre a las farmacias, 0,3% a la Policía Nacional del Perú (PNP) o Fuerzas Armadas (FFAA) y 1,5% a otros establecimientos.

Esta tendencia se repite en el análisis de Lima Metropolitana y el resto urbano, aunque con una clara disminución de la población que recurre a las farmacias en ambos universos: en el primer caso, del 46,4% de adultos mayores que recurren a las instituciones de salud, un 26,5% recurre a centros de salud y un 17,6% a farmacias, mientras que, en el caso del resto urbano, del 38,4% de los mayores de edad, un 25,4% recurre a centros de salud, mientras un 11,5% a farmacias. En el caso de la población adulta mayor en zonas rurales, solo un 36% de esta recurre a instituciones de salud, de la cual un 24,4% recurre a centros de salud – siendo un 20% la que recurre a centros de EsSalud – mientras un 10,4% lo hacen a farmacias.



ROBERTO CHIABRA LEÓN

Congresista de la República

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

6.3 Lugar de consulta en salud

Cuadro N° 6.2

Perú: Población adulta mayor con algún problema de salud que buscó atención, según lugar o establecimiento de consulta y área de residencia

Trimestre: Octubre-Noviembre-Diciembre 2022 y 2023

(Porcentaje)

Área de residencia	Oct-Nov-Dic 2022	Oct-Nov-Dic 2023 P/	Variación absoluta (Puntos porcentuales) 2023/2022
Nacional	36,6	40,5	3,9
Minsa 1/	11,2	12,5	1,3
EsSalud 2/	6,9	8,0	1,1
Particular 3/	5,8	5,1	-0,7
Farmacia	11,7	13,3	1,6
FFAA y/o Policía Nacional	0,1	0,3	0,2
Otros 4/	0,9	1,5	0,6
Lima Metropolitana 5/	32,6	46,4	13,8
Minsa 1/	7,2	9,9	2,7
EsSalud 2/	7,3	10,2	2,9
Particular 3/	5,5	6,4	0,9
Farmacia	11,6	17,6	6,0
FFAA y/o Policía Nacional	0,0	0,3	0,3
Otros 4/	0,9	2,2	1,3
Resto Urbano 6/	39,8	38,4	-1,4
Minsa 1/	10,0	10,4	0,4
EsSalud 2/	9,4	10,0	0,6
Particular 3/	7,1	5,0	-2,1
Farmacia	12,4	11,5	-0,9
FFAA y/o Policía Nacional	0,2	0,4	0,2
Otros 4/	0,8	1,0	0,2
Área Rural	36,4	36,0	-0,4
Minsa 1/	19,2	20,0	0,8
EsSalud 2/	1,8	1,0	-0,8
Particular 3/	3,8	3,4	-0,4
Farmacia	10,7	10,4	-0,3
FFAA y/o Policía Nacional	0,0	0,0	0,0
Otros 4/	0,9	1,1	0,2

1/ Incluye centro de salud MINSA, puesto de salud MINSA, centro o puesto de salud CLAS, hospital MINSA, MINSA y EsSalud.

2/ Incluye posta, policlínico y hospital de EsSalud. Excluye los que tienen MINSA y EsSalud.

3/ Incluye clínica particular y consultorio médico particular.

4/ Incluye las consultas realizadas con curanderos, en domicilio y en otro tipo de establecimiento.

5/ Lima Metropolitana incluye la Provincia Constitucional del Callao.

6/ Excluye Lima Metropolitana.

P/ Preliminar.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG).

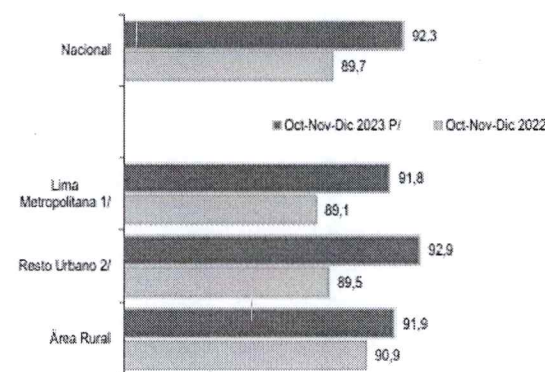


Estos resultados obedecen, en parte, a un aumento claro en la cantidad de afiliados a algún seguro de salud. Como puede apreciarse, al último trimestre del 2023, un 92.3% del total de adultos mayores, a nivel nacional, se encuentran afiliados a un seguro, casi un 4% más que el porcentaje del mismo plazo en el 2022

6.4 Afiliación a algún seguro de salud

Gráfico N° 10

Perú: Población adulta mayor con afiliación a seguro de salud, según área de residencia
Trimestre: Octubre-Noviembre-Diciembre 2022 y 2023
(Porcentaje)



1/ Lima Metropolitana incluye la Provincia Constitucional del Callao.

2/ Excluye Lima Metropolitana.

P/ Preliminar.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG).

En cuanto a la población adulto mayor que padecen alguna discapacidad, el estudio señala que, de este sector de la población, 44,6% padece alguna discapacidad, comprendiéndose estos en un 42,2% de varones y un 47,4% de mujeres. Así mismo, la incidencia es mayor en aquellos ciudadanos mayores de 71 años (28,3%) en comparación de aquellos comprendidos entre los 60 y 70 años (16,3%).

6.6 Discapacidad

Cuadro N° 6.3

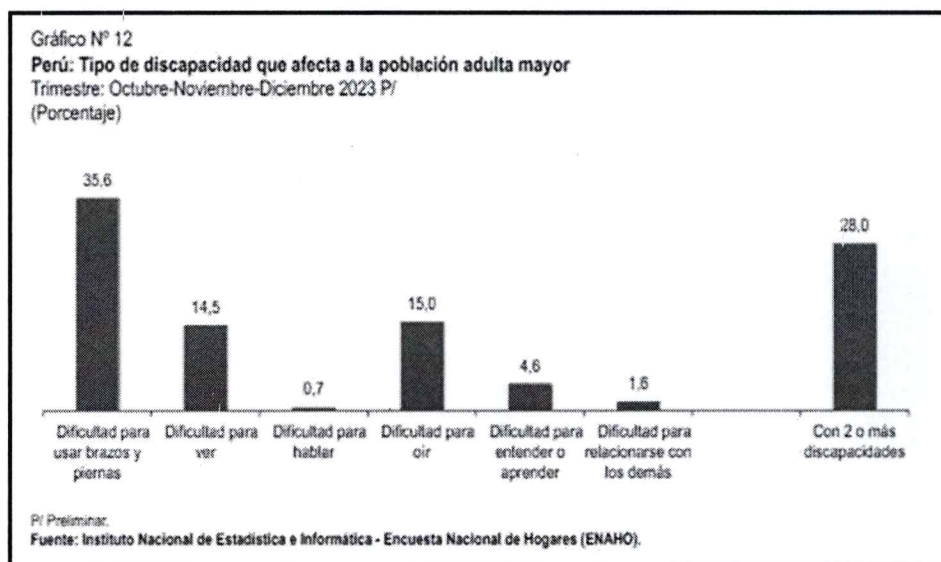
Perú: Población adulta mayor con alguna discapacidad por sexo, según área de residencia y grupos de edad
Trimestre: Octubre-Noviembre-Diciembre 2023 P/
(Porcentaje)

Área de residencia / Grupos de edad	Oct-Nov-Dic 2023 P/		
	Total	Hombre	Mujer
Nacional	44,6	42,2	47,4
Área Urbana	43,2	41,0	45,9
Área Rural	49,8	46,8	53,8
Grupos de Edad			
De 60 a 70 años	16,3	16,5	16,1
De 71 a más años	28,3	25,7	31,3

P/ Preliminar.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG).

Esto se complementa con las estadísticas que determinan el tipo de discapacidad que afecta a la población adulto mayor en nuestro país. Puede apreciarse que la mayor parte de casos padecen de dificultades para usar las extremidades inferiores y superiores (35.6%), dificultades de visión (14,5%) y audición (15,0%), aunque estas dos son superadas por el porcentaje de adultos mayores que padecen dos o más discapacidades a la vez (28,0%).



En ese sentido, queda patente que la situación de los adultos mayores en nuestro país, especialmente dentro del sector salud, resulta bastante delicada. Teniendo en consideración que se trata de un sector de la población que se encuentra en aumento y que se encuentra catalogada de vulnerable a raíz de su fragilidad física y su dificultad para reintegrarse en el mercado laboral o para generar ingresos en igual medida que los ciudadanos más jóvenes o con mayor especialización profesional, los adultos mayores se encuentran en una situación más desventajosa a la hora de poder acceder a una atención especializada dentro del sistema de salud privado y, dentro del sistema de salud público se encuentran con una realidad bastante menos alentadora.

En ese sentido, dentro del sistema nacional de salud, la atención al adulto mayor ha de ser priorizada y especificada, esto teniendo en consideración la propensión de los problemas a nivel físico y mental que pueden afectarles. En efecto, nos encontramos ante un sector de la población que se ve afectada por cambios anatómicos y fisiológicos que les afectan en mayor o menor medida.



De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), el envejecimiento está asociado a cambios morfológicos y fisiológicos en todos los tejidos, y su conocimiento permite comprender las diferencias fisiopatológicas entre los adultos mayores y el resto de la población adulta. Es innegable que los cambios anatómicos que ocurren luego de los 60 años de vida afectan a todo el organismo. Algunos de dichos cambios son los siguientes:

- i. **Estatura:** La compactación de los discos intervertebrales, el aumento de la flexión de caderas y rodillas y el aplanamiento del arco del pie, ocasionan que a los 80 años se haya perdido aproximadamente 5 cm en talla, a razón de 1,25 mm. por año.
- ii. **Piel:** evidencian los cambios más visibles, con la disminución de la elasticidad y el aumento de la laxitud, lo que hace más profundas las líneas de expresión (arrugas); los melanocitos pierden paulatinamente su función, con la aparición de las canas, a la par que disminuye la velocidad de crecimiento de uñas y pelo. La dermis se adelgaza y baja la irrigación, haciendo mayor el riesgo de infecciones.
- iii. **Músculo esqueleto:** se pierde hasta un 40% de la masa muscular a los 80 años; la destreza motora disminuye y hay pérdida de tono muscular, con disminución de la fuerza muscular y la densidad ósea, lo que aunado a la fatiga del cartílago articular y la rigidez de los tendones, aumenta de riesgo de caídas y de fracturas. El aumento de velocidad de reabsorción ósea produce osteoporosis, más marcada en mujeres.
- iv. **Sistema nervioso:** El peso del encéfalo disminuye por una pérdida selectiva de neuronas (neuronas corticales, cerebelosas e hipocampo) y disminución del líquido céfalo raquídeo. Disminuye la capacidad de retención de información, memoria disminuida, menor focalización de actividad neuronal y relativa disminución de las funciones mentales superiores.
- v. **Visión: El tamaño de las pupilas se reducen sustancialmente:** a los 60 años de edad, las pupilas pueden disminuir a aproximadamente un tercio del tamaño que tenían a los 20 años de edad, lo que, aunado a la rigidez del iris, ocasiona que las pupilas reaccionen más lentamente en respuesta a la oscuridad o a la luz brillante.



Se reduce la visión periférica (visión lateral), limitando algunas actividades y la capacidad de interactuar con otros, debido a la dificultad de comunicarse con personas que se sientan al lado y no se las puede ver bien. Además, conducir un vehículo puede volverse peligroso.

Existe atrofia variable de tejidos peri orbitales, produciendo la caída del parpado superior y eversión del parpado inferior, así como de otros componentes oculares, siendo la más grave la atrofia y degeneración macular, como causa de ceguera.

- vi. **Audición:** las estructuras dentro del oído comienzan a cambiar, el tímpano se engruesa y la cadena de huesecillos se altera en sus articulaciones, por lo que sus funciones para la audición y mantener el equilibrio se alteran. Por ello, la capacidad para captar los sonidos disminuye, particularmente la habilidad de escuchar sonidos de alta frecuencia y se pueden presentar problemas para mantener el equilibrio al sentarse, pararse o caminar.

Puede ocurrir atrofia del canal auditivo externo con cerumen más denso y pegajoso, ocasionando ruidos (tinnitus). Asimismo, hay disminución de células de Corti y neuronas cocleares.

- vii. **Cardiovascular:** Aumenta la presión de pulso, por el endurecimiento de las arterias y hay un leve aumento de tamaño de la aurícula izquierda. La aorta se dilata y es visible en las radiografías. La acumulación de tejido conectivo sub endotelial produce vasos más rígidos e irregulares.

Tendencia a la hipertensión sistólica; hoy en día se sabe que la hipertensión sistólica aislada del anciano debe ser tratada, si bien es un cambio fisiológico debido al aumento de la impedancia aórtica, tiene riesgo cardiovascular.

- viii. **Respiratorio:** La capacidad pulmonar total es menor y hay disminución de la superficie alveolar. La calcificación de las articulaciones costos-externales rigidiza el tórax, lo cual, junto con disminución de la musculatura intercostal, produce menos eficiencia respiratoria.

- ix. **Gastro intestinal:** Las encías se atrofian y se expone el cemento de los dientes, apareciendo caries y pérdida de piezas. Los cambios musculares del esófago alteran la deglución, y hay más reflujo de contenido gástrico hacia el esófago.

- x. **Renal:** Se pierden nefrones de la corteza renal con caída de la función de hasta un 30% a los 80 años.

También se ven afectados por cambios fisiológicos, siendo los más importantes aquellos que tienen que ver con los ritmos fisiológicos, la capacidad homeostática del organismo y los mecanismos de defensa contra infecciones. Así mismo, el cambio en los ritmos fisiológicos, es decir, la alteración y disminución de amplitud de los ritmos de cortisol plasmático, temperatura corporal y acortamiento del ciclo sueño-vigilia. También se cuentan, además, los ciclos se desincronizan (melatonina, hormona del crecimiento, gonadotrofinas, entre otras), la disminución de la capacidad de variar la frecuencia cardíaca y presión arterial ante situaciones de estrés.

Del mismo modo afecta los cambios en la capacidad de homeostasis, pues el adulto mayor es más susceptible a la hipo o hipertermia, pues producen menos calor por kilo de peso. Producen menos calofríos y tienen menos capacidad de vaso contricción con el frío, y vaso dilatación menos eficiente para sudar, regulan mal el agua corporal y tienen menos sensación de sed por lo que fácilmente se deshidratan.

Es necesario mencionar la reducción en las barreras de defensa; la disminución de acidez de la piel altera la flora bacteriana, que junto al adelgazamiento facilita pequeñas erosiones y favorecen las infecciones de piel. Hay menos producción de mucus en la vejiga y los bronquios, lo que permite que macroorganismos se adhieran a su superficie, favoreciendo la infección. La respuesta de producción de anticuerpos está disminuida y hay cambios en la sensibilidad y función de los macrófagos, que son claves en la regulación de la respuesta inmune.

Finalmente, es necesario mencionar que esta iniciativa ya ha sido aplicada, a nivel Latinoamérica, en dos países, de dos formas distintas: en Chile, el Instituto Nacional de Geriátrica "Eduardo Frei Montalva" es creado en 1997 tomando como base al Centro Geriátrico, centro médico especializado en adultos mayores creado en 1976. Por otro lado, en México, el 30 de mayo de 2012, por medio de Decreto Presidencial, se crea el Instituto Nacional de Geriátrica como parte de los Institutos Nacionales de Salud, creándose así *"un instituto dedicado a la investigación en salud, a la formación óptima de profesionales y al desarrollo tecnológico de áreas específicas para la atención geriátrica y gerontológica en México"*.

Como se puede apreciar, esta iniciativa se encuentra basada en el caso mexicano, toda vez que la existencia del instituto no se encuentra precedida por la de un centro

de salud especializado, sino que el Instituto busca establecer las bases para la creación de un sistema especializado en la atención de los adultos mayores, lo cual comprendería también el rol de la enseñanza, la investigación y la especialización en materia de geriatría y gerontología.

En conclusión, la condición del adulto mayor en cuanto al cuidado de su estado de salud es sustantivamente diferente a la de los otros grupos etarios, por lo cual la oferta de servicios por parte del sistema de salud debe dirigirse a la atención requerida por esta población, tanto en los aspectos de promoción y prevención, como en la atención especializada, altamente especializada y en la recuperación del mejor estado funcional posible, mediante la rehabilitación y el acompañamiento social correspondiente.

II. MARCO CONSTITUCIONAL

En aspectos constitucionales, el proyecto de Ley supone un refuerzo al amparo de los derechos fundamentales de la población adulto mayor de nuestro país. Concretamente, dentro de los derechos fundamentales de nuestra constitución política, el artículo 2 en su numeral 1, los artículos 7 y 11³.

Del mismo modo, obedece a las observaciones que la Dra. Claudia Mahler⁴, experta independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de

³ Artículo 2.- Toda persona tiene derecho:

1. A la vida, a su identidad, a su integridad moral, psíquica y física y a su libre desarrollo y bienestar. El concebido es sujeto de derecho en todo cuanto le favorece.

(...)

Artículo 7.- Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad.

(...)

Artículo 11.- El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. **Supervisa asimismo su eficaz funcionamiento.** (...)

⁴ Claudia Mahler (Austria) trabaja para el Instituto Alemán de Derechos Humanos como investigadora principal en el ámbito de los derechos económicos, sociales y culturales desde 2010. También ha sido profesora visitante en la Alice Salomon Hochschule en 2020-2021. De 2001 a 2009, la Sra. Mahler investigó en el Centro de Derechos Humanos de la Universidad de Potsdam, donde sus principales áreas de actividad fueron la educación en derechos humanos, los derechos de las minorías y el derecho de asilo. En 2000, fue nombrada Vicepresidenta de la Comisión de Derechos Humanos de Tirol y Vorarlberg. También ha trabajado como profesora de Derecho de los derechos humanos y como consultora del ACNUDH en Ginebra. De 1997 a 2001, fue profesora



edad designada por el Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas, realizadas a raíz de una visita de 12 días a nuestro país. La experta, si bien elogió las labores realizadas por Perú hasta el momento y los importantes avances realizados, tales como la ratificación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores⁵, también criticó otros aspectos, tales como el hecho de que *"a pesar de que el seguro de salud es casi universal, muchas personas adultas mayores en Perú tienen dificultades para recibir la atención sanitaria que necesitan debido a los largos tiempos de espera, los elevados gastos de bolsillo y la **falta de proveedores especializados, especialmente en las zonas rurales**".* La experta también enfatizó las deficiencias del sistema peruano para proporcionar cuidado y apoyo a este sector de la población, señalando el número limitado de centros de atención adecuados para personas adultas mayores en situación de abandono, la falta de cuidadores capacitados y el apoyo limitado para que las personas adultas mayores reciban atención dentro de sus propias comunidades⁶.

En cuanto a la normativa nacional vigente, se tiene en consideración la Ley N.º 30490, Ley de la Persona Adulta Mayor, y su Reglamento, comprendido en el Decreto Supremo N.º 024-2021-MIMP, las cuales tienen el objetivo de garantizar los derechos de este sector de la población, a fin de poder mejorar su calidad de vida y propiciar su plena integración al desarrollo de la nación en sus diversos aspectos.

En lo referente al establecimiento del INGER, podemos apreciar que su implementación cumple con reforzar lo señalado en el literal d), de su Título Preliminar⁷, los literales a, d, i y m del numeral 5.1 del artículo 5⁸, los artículos 6, 8

adjunta de Derecho Penal y Procesal Penal en la Universidad Leopold-Franzens-Insbruck de Austria. La Sra. Mahler obtuvo su doctorado en 2000.

⁵ Publicada en el Diario Oficial "El Peruano" el 10 de marzo de 2021 y en vigor desde el 31 de marzo del mismo año.

⁶Fuente: <https://www.ohchr.org/es/press-releases/2024/03/peru-turn-policy-practice-uphold-rights-older-persons-says-un-expert>

⁷ **d) Atención de la salud centrada en la persona adulta mayor**

Todas las acciones dirigidas a la persona adulta mayor tienen una perspectiva biosicosocial, promoviendo las decisiones compartidas entre los profesionales de la salud y la persona adulta mayor; integrando en la atención los aspectos biológicos, emocionales y contextuales junto a las expectativas de los pacientes y valorando además la interacción humana en el proceso clínico.

⁸ **Artículo 5. Derechos**

5.1 La persona adulta mayor es titular de derechos humanos y libertades fundamentales y ejerce, entre otros, el derecho a:

a) Una vida digna, plena, independiente, autónoma y saludable.

y 9 de la Ley N.º 30490⁹, Ley de la Persona Adulta Mayor. Del mismo modo, también se comprende con lo establecido en el Título III "Lineamientos para la atención de las personas adultas mayores", Capítulo I "En materia de Salud", desarrollado en el reglamento de la ya mencionada normativa.

En efecto, dicho título del reglamento de la Ley del Adulto Mayor, desarrolla en su artículo único los ya mencionados lineamientos que deberán dirigir la atención sanitaria a los adultos mayores. Una revisión de los dos primeros numerales del artículo 58 del reglamento, los cuales establecen el rol del Ministerio de Salud (MINSA) como el ente encargado de dirigir los lineamientos para la atención de las personas mayores, queda patente que lo expuesto en esta iniciativa legislativa, armoniza con la normativa desarrollada hasta el momento.

Artículo 58.- Atención en salud

58.1 Las personas adultas mayores acceden a la atención integral de salud, sin ningún tipo de discriminación. **Corresponde al Ministerio de Salud promover servicios orientados a desarrollar una vida autónoma e independiente de las personas adultas mayores, conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones y a disponer de mecanismos de acceso a prestaciones de salud acorde a sus necesidades.**

58.2 El Ministerio de Salud fomenta el cuidado integral de la salud de las personas adultas mayores, con énfasis en la **promoción de la salud, prevención de riesgos y daños a la salud, la salud mental, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, con corresponsabilidad de la persona adulta mayor, la familia, cuidadores/as y la comunidad, orientada hacia un envejecimiento activo y saludable desde el enfoque de curso de vida.**

(...)

d) Recibir atención integral e integrada, cuidado y protección familiar y social, de acuerdo a sus necesidades.

(...)

m) Atención integral en salud y participar del proceso de atención de su salud por parte del personal de salud, a través de una escucha activa, proactiva y empática, que le permita expresar sus necesidades e inquietudes.

⁹ Artículo 6. Soporte institucional

El Estado, las organizaciones de la sociedad civil, las familias y la persona adulta mayor son los ejes fundamentales para el desarrollo de las acciones de promoción y protección de los derechos de la persona adulta mayor, especialmente de las acciones de prevención del maltrato y promoción del buen trato.

(...)

Artículo 8. Deberes del Estado

El Estado establece, promueve y ejecuta las medidas administrativas, legislativas, jurisdiccionales y de cualquier otra índole, necesarias para promover y proteger el pleno ejercicio de los derechos de la persona adulta mayor, con especial atención de aquella que se encuentra en situación de riesgo.

Artículo 9. Servicios

Los servicios prestados por entidades públicas o privadas que se brindan a favor de la persona adulta mayor, están orientados a promover su autonomía e independencia con el fin de mejorar su calidad de vida y preservar su salud.

En ese sentido, será el INGER, como órgano administrativo y desconcentrado del MINSA, el encargado de poder llevar a cabo todas estas disposiciones, las cuales se repiten dentro de la normativa propuesta en esta iniciativa, buscando garantizar de esta forma el cumplimiento eficiente de lo establecido en el reglamento.

III. EFECTO DE LA NORMA EN LA LEGISLACIÓN NACIONAL

La presente norma no contradice la legislación peruana referida a los adultos mayores, así como tampoco supone una contravención a los derechos comprendidos en la Constitución Política del Perú. De hecho, el establecimiento del instituto refuerza normas ya existentes como la Ley N.º 30490 – Ley del Adulto Mayor – y su Reglamento comprendido en el Decreto Supremo N.º 024-2021-PCM, así como busca el cumplimiento del objeto de estas normas y los compromisos a los que se ha sujetado el Perú respecto a la mejora de la vida de la población adulto mayor. En todo caso, al ser el INGER una entidad adscrita al MINSA, el cambio más representativo dentro de esta normativa nacional existente sería la inclusión de este organismo dentro de su texto, más no significaría la derogación o un cambio sustancial de este.

IV. ANÁLISIS COSTO – BENEFICIO

La implementación de la presente Ley supondrá que el MINSA deba establecer un monto dentro de su presupuesto para la implementación del Instituto Nacional de Geriátrica. Esto no supondría, en el corto plazo, un gasto desproporcionado, toda vez que para su instalación no implica compras de bienes especializados, tales como equipo o construcción de sede del instituto, sino que bastará con una debida reorganización del personal y presupuesto en base a las especialidades requeridas (geriátrica, rehabilitación, neurología, etc.), entre otros requerimientos.

V. VINCULACIÓN CON EL ACUERDO NACIONAL

La emisión de esta iniciativa legislativa se encuentra vinculada y comprometida con el cumplimiento del acuerdo nacional en las siguientes políticas de Estado:



ROBERTO CHIABRA LEÓN

Congresista de la República

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

- i. La décimo primera política de Estado, Promoción de la igualdad de oportunidades sin discriminación, toda vez que busca desarrollar sistemas que permite proteger a adultos mayores y personas con discapacidad.
- ii. La décimo tercera política de Estado, Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social, toda vez que busca potenciar la promoción de la salud, la prevención y control de enfermedades transmisibles y crónico-degenerativas; desarrollar un plan integral de control de las principales enfermedades emergentes y reemergentes; ampliará y descentralizará los servicios de salud, especialmente en las áreas más pobres del país, priorizándolos hacia las madres, niños, adultos mayores y discapacitados; fortalecer las redes sociales en salud.