

Situación del adulto mayor en el Perú

The elderly in Peru

* Director del Instituto de Gerontología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia

MANRIQUE DE LARA, Guillermo*

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

Sin embargo esta estructura demográfica ya ha empezado a variar en las últimas décadas y se agudizan tales cambios debido principalmente a la declinación de las tasas de mortalidad y fecundidad. Esta última según la Encuesta Demográfica y Salud Familiar (ENDES) señala un promedio de hijos por mujer de 4.1 para el período 1984-1986, frente a 5.2 del censo de 1981 y al 6.1 del censo de 1972.

La alta mortalidad infantil 116/mil en menores de 5 años, y de 82/mil de 0 a 1 años, crea la dramática situación de tener que priorizar la atención de los problemas de acuerdo con su magnitud y la presión ejercida socialmente.

Los adultos mayores, componentes de un grupo minoritario, no han sido mayormente considerados dentro de esas prioridades. Es evidente que las mayores posibilidades para la supervivencia, y el cuidado de la salud la tienen los ancianos del estrato social alto o medio alto con mayor poder económico. En los sectores populares en cambio, la pobreza margina a los mayores de una atención de primera categoría.

Aproximadamente sólo 25% del total de gerontos están amparados por la Seguridad Social, son los jubilados de las empresas públicas o privadas que aportaron durante su vida productiva para lograr ésta protección en su vejez. Los que no aportaron o los que no ejercieron ocupaciones dependientes, si no tuvieron la capacidad o la precaución de ahorrar, a riesgo de devaluaciones monetarias, y si no tienen el apoyo familiar están condenados a una vida de desamparo. Algunos son acogidos en instituciones de inspiración caritativa (Hermanitas de los Ancianos Desamparados).

La Seguridad Social se ha limitado a un programa de actividades culturales y sociales, por ejemplo pasajes reducidos en el transporte urbano. Cuenta con algunos consultorios en los centros de salud periféricos para la atención de los ancianos, a cargo de médicos generales sin formación en geriatría a pesar de contar en la capital con hospitales de 1000 a 800 camas y de 400 en otras ciudades del país.

La Sociedad de Beneficiencia de Lima Metropolitana cuenta con asilos y albergues periféricos donde se presta atención de salud restringida de manera interdisciplinaria. El problema con los asilos y albergues es que por reglamento deben ingresar supuestamente sanos, pero esto no se cumple, a lo que se suman los que se enferman estando ya institucionalizados, convirtiéndose prácticamente en hospitales sin tener la

infraestructura para funcionar como tales. Estas personas padecen mucho para ser recibidos en los hospitales generales.

La Municipalidad de Lima posee un asilo, así como el distrito de Chorrillos, otro.

El Ministerio de Salud que ha señalado los problemas de salud de la población peruana, simplemente ha eludido a los adultos mayores. No ha habilitado ni un servicio, ni un consultorio de geriatría en los hospitales generales del país, ni en los centros de salud repartidos en la red de atención a la población. Esta situación no es achacable a las autoridades actuales, pues viene de muchos años atrás.

La Fuerza Armada y la Policía Nacional cuentan con unidades geriátricas en sus hospitales generales y la Marina de Guerra posee un moderno centro geriátrico anexo al hospital general.

Las instituciones no gubernamentales son grupos muy motivados, con gran sensibilidad social, pero tienen severas limitaciones financieras, teniendo en cuenta el escenario social y político del país: ésta situación es común en todo el territorio nacional. Mencionaremos las que están registradas en el Instituto Nacional de Planificación :

- Asociación Horizontes de la Tercera Edad, Posee un consultorio en un sector de Lima.
- Centro de Investigación y Desarrollo Gerontológico. (CIDEG). Cuenta con consultorios en parroquias en distritos de Lima.
- Fundación Peruana de Ayuda a la Tercera Edad (FUPATE). Tiene consultorios externos de atención médica, odontológica y talleres ocupacionales.
- PRO – VIDA – PERU Trabaja en asentamientos precaristas en el puerto del Callao (atención médica, psicológica y social).
- Asociación Peruana de Estudios Gerontológicos (APEG). Ha realizado un trabajo de investigación sobre el estado de la memoria en 04 ciudades del país, auspiciado por la “Sociedad Memoria y Vida” de París (Francia), dirigido por el Profesor Ives Ledan Seurs.
- La Asociación de Empleados Jubilados del Sector Público, así como la Asociación Nacional de Cesantes y Jubilados de Educación (ANCIJE) poseen clubes de jubilados y esta última un policlínico afiliado a la seguridad social.
- Club de Jubilados del Instituto Peruano de Seguridad Social.
- Existe un programa de Geriatría del Instituto Peruano de Seguridad Social en el hospital de apoyo Yanahuara en la ciudad de Arequipa.
- Se han multiplicado en nuestro medio las llamadas “casas de reposo”, “hogares de ancianos” ó “residencias” para la clase media, los que salvo contadas excepciones su finalidad es el lucro, no cumpliendo con los requisitos mínimos para su funcionamiento, solicitando en cambio altas retribuciones en dinero a los familiares de estos pacientes.

- El Colegio Médico reconoce la especialidad de Geriatría.

Desde el punto de vista social la década del 80 para el Perú representa sin duda alguna un decenio casi perdido. Una deuda externa abrumadora, disminución de los ingresos, alto índice de inflación, recesión, deuda externa que no se pagó durante 5 años lo que limitó la ayuda económica internacional.

- Una población con un 46% de peruanos en el área urbana y un 83% en las áreas rurales por debajo del nivel de pobreza absoluta. Asignación de sólo el 5.5% del gasto total del estado para salud, y 2% para vivienda y esparcimiento; la violencia social y todo lo antes mencionado configuraban un complicadísimo escenario donde los conceptos de progreso y desarrollo por ejemplo carecían de solidez, siendo simplemente ideales.

Es cierto que en estos 2 últimos años estos indicadores han mejorado pero aún estamos lejos de alcanzar el bienestar para todos.

Sin embargo a pesar de esta realidad social los sectores menos favorecidos se han reunido en AGRUPACIONES, en comités, etc., así han ido surgiendo comedores populares, comité del vaso de leche, comité de seguridad vecinal, educacionales y recreativos, y clubes de madres, al inicio dirigidos a la madre y el niño para luego extenderse al adulto mayor. Posteriormente el actual gobierno ha apoyado y reforzado este esfuerzo vecinal.

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

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

ASAMBLEA MUNDIAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO 10 AÑOS DESPUES

El Perú a través del Instituto Nacional de Bienestar Familiar (INABIF) organizó un TALLER SEMINARIO del 30 de junio al 02 de julio de 1982, como evento preparatorio a la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Allí se establecieron los DERECHOS del geronto peruano.

1. Tener asegurada una renta suficiente para una vida decorosa.
2. Disponer de las más variadas formas de alojamiento y vivienda en construcciones adecuadas y confortables, abiertas a la vida comunal.
3. Tener asegurada la alimentación y nutrición adecuadas.
4. Tener asegurado el acceso a la instrucción, la cultura y la recreación
5. Disponer de facilidades en los medios de transporte para su desplazamiento individual y grupal.
6. Los adultos mayores tienen derecho al cuidado de su salud.

- 6.1. Tener asegurado el cuidado de su salud mediante atención en servicios especializados interdisciplinarios, y con mentalidad rehabilitadora.
- 6.2. Tener asegurada la adquisición y administración de medicina y otros tipos de tratamientos.
7. Los adultos mayores tienen derecho a la participación social y convivencia humana.
 - 7.1. Desempeñar trabajo productivo y actividad útil conjugando voluntad y capacidad de trabajo.
 - 7.2. Participar en organizaciones comunitarias de diversa índole.
 - 7.3. Participar en la toma de decisiones, en relación con programas organizados en su favor.
 - 7.4. Organizarse para debatir y manifestar sus puntos de vista en relación a los problemas que afectan al país y su comunidad local.
 - 7.5. Tener asegurados en los medios de comunicación social, espacios dedicados a los gerontos y participar en ellos.
 - 7.6. Disponer de oportunidades para ofrecer su experiencia acumulada.
 - 7.7. Disponer de facilidades para mantener vigente su participación en el grupo social.
 - 7.8. Recibir un trato de respeto y consideración cualesquiera que fuera su estado físico y mental.
 - 7.9. Disponer de facilidades para la práctica de sus credos religiosos.

El Perú concurrió a la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en Viena (julio-agosto de 1982), siendo el suscrito miembro de la Comisión Oficial del Perú, y obtiene por consenso la Primera Vice-Presidencia de la Comisión Principal, siendo el Secretario General de las Naciones Unidas nuestro compatriota el Dr. Javier Pérez de Cuellar.

Se aprendió allí que el problema del envejecimiento no era sólo salud sino también Asuntos de Desarrollo, y Asuntos Humanitarios que comprometían a diversos sectores de la estructura de los países miembros de las Naciones Unidas.

Después de la Asamblea Mundial, en el Perú se intentó poner en acción el Plan de la Asamblea dándose en 1985 la Ley 24165 que crea el Consejo Nacional del Anciano, cuyo reglamento es aprobado en 1987.

Dicho consejo era presidido por un representante del Ministerio de Salud, con representantes del Ministerio de Educación, Facultad de Medicina más antigua, Cruz Roja, Seguridad Social, Sociedad de Beneficiencia de Lima Metropolitana, Federación de Jubilados y Ancianos de los Albergues. El consejo nunca funcionó por falta de fondos, de motivación y de interés político.

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

Recientemente el Consejo Nacional de Población con la asesoría del Instituto de Gerontología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia ha cumplido con enviar el cuestionario del tercer examen y evaluación de la ejecución del Plan de Viena. A pesar de las dificultades mencionadas la Asamblea Mundial despertó entusiasmo en grupos motivados unidos por los mismos ideales.

La Sociedad de Gerontología y Geriatria del Perú, reconocida por el Colegio Médico del Perú, cobra mayor vigor creando filiales en Arequipa, Trujillo, Ica, Piura y Organiza el Primer Congreso Peruano de Gerontología en setiembre de 1984, el segundo en mayo de 1988 y el tercero en octubre de 1992. Dicta cursos en provincias incorporando a nuevos miembros, así como también en la capital. Su órgano oficial es la Revista Geronto.

Las instituciones no gubernamentales ya mencionadas organizan, talleres, seminarios y cursillos. Es de destacar el gran entusiasmo de los psicólogos, enfermeras y trabajadores sociales para asistir a estos eventos. La reacción de los médicos es de escepticismo, y en muchas autoridades, de falta de conocimiento, y de convencimiento que la población geronto merece atención especializada.

Responsabilidad en parte de esta actitud la tiene la universidad peruana que en los cursos de formación de los profesionales de la salud que tienen que ver con el adulto mayor, no les proporcionaron los cursos formales de Gerontología y Geriatria.

Estamos convencidos que sin la participación activa de la universidad todo sistema de atención está condenado al fracaso, ya que esta es la formadora de formadores de los jóvenes que luego en el ejercicio profesional tendrán cargos ejecutivos en la toma de decisiones.

La Universidad Peruana Cayetano Heredia desde 1989 implantó el curso regular obligatorio de Gerontología y Geriatria de 3 semanas de duración en el nivel de Pre-grado para los alumnos del 6° año de medicina, previo al externado e internado, lo que ha sido un éxito total.

Se ha dictado en la misma universidad en 1989 un curso internacional de Post-grado en Gerontología, en colaboración con la Universidad de Dortmund de Alemania.

Se ésta organizando el 2° Curso de Gerontología para abril de 1993 en colaboración con la Universidad de Washington de Estados Unidos.

En 1989 en la Universidad Peruana Cayetano Heredia, se crea el Instituto de Gerontología que consta de cuatro unidades: Unidad de Gerontología Biológica, unidad de Gerontología Clínica (Geriatria), unidad de Gerontología Social y unidad de Psico-Gerontología.

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

El resultado favorable de este esfuerzo en la Universidad Peruana Cayetano Heredia, se reveló en las encuestas anónimas de los alumnos, al terminar el curso de Pre-grado, al igual que en las numerosas tesis de bachilleres en medicina, maestrías en salud, tesis en licenciatura en enfermería, psicología, asistencia social y rehabilitación que escogieron temas de gerontología y geriatría, dirigidos por los profesionales que conforman el Instituto de Gerontología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

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

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

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

El Instituto de Investigaciones de Altura de la Universidad Peruana Cayetano Heredia se ha interesado en los problemas del envejecimiento en las grandes alturas peruanas, comparándolos con los de la población a nivel del mar, habiendo publicado varios trabajos, en el país y en el extranjero.

La colonia alemana residente en Lima tiene un Hogar Geriátrico para su comunidad. La comunidad italiana tiene la Casa de Reposo "Giovanni Battista Isola", para los miembros de la colonia italiana y el albergue "Bikur Jolim" pertenece a la comunidad israelita.

Como se puede apreciar por todo lo expuesto las instituciones no gubernamentales, universidades, colonias extranjeras, sociedades, asociación de jubilados, etc., mantiene la vocación de servicio, pero lamentablemente son esfuerzos no articulados dentro de un Plan Nacional, inconexos, a veces con duplicidad de gastos en recursos materiales, y con desgaste del esfuerzo personal.

Falta a nivel del país una unidad orgánica, normativa y coordinadora intersectorial que trace el perfil del envejecimiento en el Perú, tal como se ha realizado en otros países. Para ello se requiere llevar a cabo la investigación, con la encuesta preparada a nivel regional por la Organización Panamericana de la Salud, para conocer las necesidades médicas y sociales del país y poder así planificar, diseñar modelos, y desarrollar programas en beneficio de los gerontos del Perú.

Se vislumbra un interés gubernamental a través del Consejo Nacional de Población que ha solicitado la asesoría técnica de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, y de otros organismos interesados, habiéndose establecido una mesa de trabajo con el propósito de establecer los contactos internacionales, de conocer las necesidades a través de la encuesta nacional, para trabajar los perfiles peruanos y cumplir con el Plan de Acción de Viena, y el Plan Regional aunque sea 10 años después de la Asamblea de Viena.

RECOMENDACIONES O ALTERNATIVAS

1. Trazar el perfil del envejecimiento en el Perú.

Las características de nuestro país con 3 nichos ecológicos diferentes: Costa, Sierra y Selva, con estilos de vida, cultura y tradiciones disímiles amerita este estudio, única oportunidad de tener información confiable.

2. Crear una unidad orgánica de trabajo multisectorial, que en todas las instancias y para todos sus efectos es el organismo integrador y coordinador, encargado de señalar políticas, desarrollar programas y trazar estrategias. Tiene que ser una unidad normativa al nivel político más elevado, con capacidad de convocar a todos los sectores que tienen que ver con el adulto mayor: salud, vivienda, educación, seguridad social, transporte, medio ambiente, etc. El Consejo Nacional de Población depende directamente de la Oficina del Primer Ministro.

3. Insistir en la educación sanitaria, y en la atención primaria de salud.

4. Alentar a las instituciones no gubernamentales en su participación, ya que todo no puede esperarse del Estado, providencia o Estado protector.

5. Reforzar la ayuda para el auto-cuidado del adulto mayor que es una noción que es más simple y está por debajo de la atención primaria de salud.

6. Capacitar al trabajador primario de salud en los cuidados elementales al adulto mayor. Debe saber apreciar cuando un geronto está muy mal o grave, ya que la atención geriátrica no da tiempo para enmendar errores. Debe conocer sus limitaciones, para saber derivar al paciente a un nivel de atención superior.

El Manual del trabajador primario de salud de 1980 de la Organización Mundial de la Salud no tiene ni una línea de orientación para el cuidado del adulto mayor. Se requiere un manual sencillo para éste fin.

7. A medida que los gobiernos fomentan cada vez más, por motivos humanitarios, financieros o políticos el que se trate de mantener a los mayores dentro de la comunidad, es cada vez más urgente los programas de apoyo a las personas que en la familia, y en la comunidad, y sin ser profesionales atienden a los adultos mayores.

8. Existe falta de conocimiento, y convencionamiento de los problemas de los gerontos, de parte de las autoridades sanitarias por no haber recibido durante su formación profesional los cursos de gerontología y geriatría, pero que por razones políticas –ergo- cargos de confianza son llamados a tomar decisiones geronto geriátricas, sin tener idea de estas disciplinas.

Esto motiva indiferencia, o falta de decisión para solucionar los problemas de los mayores, mientras las nuevas generaciones de profesionales, que están recibiendo la formación escolarizada de gerontología y geriatría lleguen a ocupar cargos directivos con otra mentalidad, va a existir un vacío que puede llenarse a través de los colegios profesionales por intermedio de sus comisiones de educación continua organizando cursos, seminarios, talleres, sobre atención geriátrica al personal que ejerce en la capital o provincias, lo cual será una alternativa viable.

9. Participación de gobiernos locales, regionales, municipios, en la atención de las necesidades médicas y sociales de los adultos mayores.

Reforzar el concepto de barrio con viviendas adecuadas, farmacias, bodegas, iglesia, médicos, etc.

10. Mayor participación de la universidad peruana como elemento asesor en la difusión geronto-geriátrica.

11. Comprometer a maestros jubilados, o a cesantes de otras ocupaciones para que actúen como promotores de salud.

12. Fomentar el voluntariado para la atención de la población geriátrica a través de la universidad, clubes de Leones, Rotarios u otros.

13. Solicitar ayuda y asesoría técnica a los organismos internacionales pertinentes (OPS, ONU) para trazar las políticas y desarrollar programas.

14. Insistir en la urgencia de que la atención geriátrica es un aspecto más del esquema sanitario del país. No todo lo que se puede hacer por la población mayor, es costoso, no es sólo dinero. Depende en mucho del grado de convencimiento, ingenio, imaginación, capacidad y habilidad de los planificadores y sobre todo con el cambio de actitud.

No se puede esperar a tener los resultados completos, de los perfiles que generarán políticas y programas. No puede hacerse todo de una sola vez, deberán establecerse programas y proyectos sencillos e imaginativos al corto plazo.

15. Una alternativa sencilla y barata, que pude apreciar en Israel es alquilar una casa en diferentes sectores de la ciudad, o en distintos barrios, las que sirven como centros de día, comedores, clínica de día, lo que permite aliviar los problemas médico sociales en los adultos mayores del sector.

16. Fortalecer la unión familiar a través de la Iglesia católica, evangélicos, voluntarios, etc. La familia representa el “Amortiguador Tradicional” en la atención de los mayores, proporcionándole servicios gratuitos con gastos considerables, no contabilizados en el producto nacional bruto.

Esta “ECONOMIA INVISIBLE” será posiblemente el único medio de asegurar la supervivencia de los adultos mayores en los países pobres, que no pueden ofrecer una asistencia Institucionalizada y carente de políticas y programas.

17. Fomentar los programas prevencio-promocionales a favor del geronto, ya que actualmente son a nivel curativo, y no especializado.

18. En todos nuestros estudios en el Hospital Universitario Cayetano Heredia, que cubre un sector del distrito de San Martín de Porras en Lima, el 82.5% a 90.4% de los ingresos al hospital se hacen por emergencia, debido a un deficiente o inexistente cuidado domiciliario, por falta de un sistema de atención integral que permita el seguimiento domiciliario; esta atención domiciliaria le permite al adulto mayor mantener una “autonomía asistida”.

19. Subsidios a las familias que atienden a sus mayores como una recompensa a esta esforzada labor.

20. Establecer la pensión de vejez para las personas no comprendidas en el sistema de seguridad social, o algún otro tipo de seguro.

21. En el apoyo familiar hay que privilegiar las estructuras de pequeña capacidad repartidas en los diferentes barrios de una ciudad, constituyendo una red de encuentro y de apoyo, creación de domicilios colectivos, departamentos terapéuticos, encuentro de barrios, secciones de atención médica en casas de jubilados, casas de encuentro para personas mayores dependientes, centros de cuidados geriátricos y unidades psico-geriátricas de pequeño volumen reagrupado como máximo a 30 ó 50 personas e intentando evitar el uso de sistemas más restrictivos.

22. Debe existir un observatorio de edades, que permita conocer bien a cada ciudad, en sus 3 elementos: natalidad, mortalidad y migraciones, las que deben ser medidas y seguidas, pues el equilibrio o desequilibrio de edades son importantes de conocer, para prever las evoluciones futuras.

23. Establecer los “Inventarios Periódicos de la Salud” en la población en edad geriátrica, mediante chequeos periódicos, e investigar a aquellos que necesiten ayuda por las “Células de Solidaridad del Vecindario”.

24. La atención primaria de la salud es sencilla y práctica, útil en todas las edades, pero el adulto mayor cuando se enferma siempre es algo serio, se pone grave de un día para otro. Su enfermedad es larga, costosa, con complicaciones. Si no existen unidades geriátricas en los hospitales generales; la estancia se prolonga, el gasto en medicamentos es mayor, y la atención es de calidad inferior por ser prestada por personal no especializado, y la rehospitalización es la regla.

La consulta externa no especializada se realiza con las colas de espera de pacientes de todas las edades, con atenciones breves, por masificación de la consulta.

Nuevamente la unidad geriátrica resuelve este problema y proporciona una atención integral por personal entrenado en el manejo de pacientes mayores.

¿Cómo se resuelven los casos de los pacientes crónicos?

Nadie quiere hacerse cargo de los crónicos, a los que a veces hay que tratarlos en forma aguda. Es penoso observar como se les traslada de un centro asistencial a otro en una cadena sin fin.

25. Deben existir en la capital y las provincias del país, los mismos centros de salud que pertenecen al Ministerio de Salud pero con secciones para la atención de personas mayores, brindada por personal enterado de la cuestión geriátrica.

26. Se recomienda la creación de unidades móviles, para la atención de los pacientes mayores en las áreas rurales que tengan problemas graves en su población geriátrica, semejante al servicio de acción cívica que ejecuta la Marina de Guerra Peruana en las

poblaciones ribereñas de nuestra amazonía, llevando en las cañoneras atención médica, odontológica y de enfermería, dictando medidas preventivo promocionales en estos lugares tan alejados del territorio nacional.

27. Sin buena salud es imposible tener una vejez “normal” y “activa”, para lo que se requiere una buena medicina preventiva y asistencial, con personal capacitado y con una red de servicios hospitalarios y extra-hospitalarios sectorizados.

28. Debe mantenerse un sistema de información permanente de las políticas y programas de los otros países de la región para el intercambio de experiencias.

29. Promover un sistema de información continua sobre la utilidad y eficacia de drogas y medicamentos de uso corriente en el adulto mayor.

30. Debe estimularse el desarrollo de programas por sectores, de las diferentes ramas de la administración pública.

31. Obtener de la ONU un catálogo de indicadores básicos, relacionados con el envejecimiento, fácilmente disponible que reflejan peculiaridades regionales y nacionales, como el número de gerontos que necesitan asistencia financiera, en el hogar, en instituciones, hospitales, etc.

32. Establecer centros sub-regionales para América Central, Caribe y América del Sur que se encarguen de promover la ejecución del Plan de Acción de Viena, ayudándose en la preparación de programas específicos e intercambio de experiencias.

33. Remarcar acerca de la existencia de 4 compartimientos simplificados en la atención de los adultos mayores, los que deben integrarse. Estos son: auto-atención, atención informal (a cargo de parientes, amigos y voluntarios), atención domiciliaria y atención institucional.

Esperamos que este trabajo sirva para que las autoridades si es que aún no han establecido políticas y desarrollado programas en beneficio de los adultos mayores lo hagan a la brevedad, tal como lo señaló el ex – Secretario de las Naciones Unidas, Dr. Javier Pérez de Cuellar en su elocución ante la asamblea mundial sobre el envejecimiento.”Fue también una de esas raras ocasiones en que se enfrenta un problema de alcance universal en una etapa relativamente incipiente antes de que sea demasiado tarde”.