

PROBLEMATICA DE LA TERCERA EDAD EN EL PERU

Dr. Alfonso Icochea de Vivanco

A. CARACTERIZACION DE LA PROBLEMATICA

1. El progresivo envejecimiento de la población es un hecho irreversible y universal.
2. La salud ocupa el primer lugar entre los problemas que más afectan a las personas de Tercera Edad.
3. La incidencia y la coincidencia de diferentes enfermedades es mucho mayor en la población anciana. La tendencia de las mismas hacia la cronicidad e invalidez es frecuente y exige medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria.
4. En la asistencia integral al anciano son de capital importancia los Servicios Sociales Comunitarios, particularmente en lo que se refiere a la Ayuda a Domicilio y en lo que respecta a las Residencias para ancianos válidos y no válidos, que son imprescindibles sólo cuando se hace imposible o no deseable su permanencia en el hogar habitual, por cuanto el objetivo prioritario de la Asistencia Geronto-Geriátrica es el MANTENIMIENTO DEL ANCIANO EN SU PROPIO DOMICILIO.
5. El creciente y mayor consumo de asistencia médico-social por las personas de Tercera Edad se detecta en todos los niveles:
 - Consulta externa
 - Atención Domiciliaria
 - Urgencias externas e intrahospitalarias.
 - Interconsultas.
 - Ocupación de camas hospitalarias.
 - Exámenes auxiliares de diagnóstico.
 - Tratamientos de Medicina Física y Rehabilitación
 - Ocupación de plazas en albergues, residencias y asilos.
6. La necesidad de una adecuada y especializada asistencia médico-social a las personas de Tercera Edad se refleja en los siguientes hechos y condicionamientos de la situación que afrontan actualmente:
 - Trámites excesivamente engorrosos, pesados y lentos para ser atendidos en forma ambulatoria y para su hospitalización.
 - Reiteradas molestias que sufren en los desplazamientos para ser atendidos, en los precarios medios de transporte público.
 - Masificación de las consultas, imbricando a los ancianos con pacientes jóvenes y adultos, indiscriminadamente.

* General de Brigada EP "R". Presidente de la Comisión de Salud de la Asociación de Oficiales generales y Almirantes.

- Citas diferidas por tiempos muy prolongados.
- Largas esperas para ser atendidos en los consultorios externos con gran incomodidad.
- Escaso tiempo dedicado por el personal médico a las consultas.
- Largas esperas para la atención en los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, afrontando muchas incomodidades.
- Renuencia al internamiento de pacientes ancianos que requieren hospitalización, incrementando el riesgo que confrontan.
- Prolongadas estancias hospitalarias.
- Dificultad para el alta del paciente anciano.
- Deficiente atención a pacientes incapacitados y terminales.
- Mayor consumo de medicamentos y otros insumos.
- Escasa garantía del cumplimiento terapéutico, particularmente ambulatorio.
- Frecuentes afecciones yatrogénicas.
- Numerosos casos de malnutrición.
- Altos índices de incapacidad biosicosocial y de cronicidad.
- Ruptura del equilibrio familiar por la presencia de pacientes geriátricos crónicos en el hogar, de difícil manejo por los problemas físicos, mentales y sociales que los aquejan, constituyéndose en una pesada carga para la familia.
- Altos índices de mortalidad de ancianos en los Hospitales y Centros de Alojamiento (Albergues, Asilos, etc.).
- Numerosos ancianos esperan sufriendamente turnos de ingreso a los asilos, muchas veces sin conseguirlo nunca.

B. MARCO DE REFERENCIA POLITICO Y LEGAL

1. Declaración Universal de los Derechos Humanos.
Establece el derecho a la vida, a la libertad, a la justicia y a la igualdad de las personas, sin discriminación alguna.
2. Constitución Política del Perú:
 - a. Art. 1.— La persona humana es el fin supremo de la Sociedad y del Estado. Todos tienen la obligación de respetarla y protegerla.
 - b. Art. 6o.— Los hijos tienen el deber de respetar y asistir a sus padres.
 - c. Art. 8o.— El niño, el adolescente y el anciano son protegidos por el Estado ante el abandono económico, corporal o moral.
 - d. La Seguridad Social tiene como objeto cubrir los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, desempleo, accidente, vejez, viudez, orfandad y cualquier otra contingencia susceptible de ser amparado conforme a ley.
 - e. Art. 19o.— La persona incapacitada para velar por si misma a causa de una deficiencia física o mental, tiene derecho al res-

peto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad.

3. Decreto Legislativo No. 118.— Ley del Instituto Nacional de Bienestar Familiar (INABIF).
 Artículo 3o.— Son objetivos del INABIF:
 - c. Velar por la asistencia del anciano para que viva con decoro y dignidad.

4. Decreto Legislativo No. 346 - Ley de Política Nacional de Población.
 - a. Art. 5o.— El Estado ampara prioritariamente a la madre, al niño, al adolescente y al anciano.
 - b. Art. 6o.— La atención a la tercera edad es garantizada a través de la promoción y apoyo a programas integrales para la población anciana del país.

5. Decreto Legislativo No. 352.— Ley Orgánica del Consejo Nacional de Población (Organismo Público Descentralizado del Sector Salud).
 - a. Art. 1o.— El Consejo de Población es el organismo encargado de proponer, promover, orientar, normar y supervisar las acciones de la Política de Población que apruebe el Supremo Gobierno, para su ejecución por las entidades del Sector Público y del Sector No Público.
 - b. Art. 3o.— Señala las fuentes de financiamiento del Consejo.
 - c. Art. 5o.— La Asamblea General es el máximo organismo deliberativo que establece, dirige y norma los planes y programas del Consejo Nacional de Población.
 Preside la Asamblea General, el Presidente del Consejo Nacional de Población en su calidad de representante del Ministerio de Salud y ejerce la representación oficial.
 - d. Art. 6o.— Establece la conformación de la Asamblea con múltiples representantes, algunos de los cuales son de los otros Sectores que tienen relación con el problema de población. Actúa como Secretario de la Asamblea, el Director Técnico del Consejo con voz pero sin voto.
 - e. Art. 11o.— La Oficina Técnica es la encargada de la programación, ejecución, coordinación, supervisión, evaluación y administración de los planes y proyectos del Consejo Nacional de Población.
 Son responsables de esta Oficina, un Director Técnico y un Director Técnico Adjunto, quienes serán designados por resolución del Ministro de Salud a propuesta del Presidente del Consejo.
 - f. Art. 13o.— Por Decreto Supremo se aprobará el Reglamento del Consejo Nacional de Población. Las Normas de Organización y Funciones serán aprobadas por Resolución del Ministro de Salud.

6. Ley No. 24165.— Crea el Consejo Nacional del Anciano, como Persona Jurídica de Derecho Público.
- a. Art. 1o.— El Consejo Nacional del Anciano se regirá por las Normas de esta Ley y su Reglamento, con sede en la ciudad de Lima.
 - b. Art. 2o.— Son atribuciones del Consejo:
 - (1) La protección del anciano en forma integrada.
 - (2) La realización de actividades productivas y recreativas, de acuerdo al estado biosicosocial de los mismos.
 - (3) El empadronamiento de los ancianos que se encuentran en estado de abandono material o moral.
 - (4) La coordinación intersectorial e interinstitucional de las actividades que propendan al bienestar físico, mental y social de los ancianos.
 - (5) La dación de dispositivos legales que normen la conducta de las instituciones dedicadas al cuidado de los ancianos.
 - (6) La acción de la comunidad para el mejor logro de sus fines; y
 - (7) Establecer albergues para la atención de ancianos donde su número así lo exija.
 - c. Art. 3o.— El Consejo Nacional del Anciano estará integrado por los siguientes delegados:
 - (1) Uno del Ministerio de Salud, que lo presidirá.
 - (2) Uno de la Facultad de Medicina más antigua.
 - (3) Uno del Ministerio de Educación.
 - (4) Uno de la Cruz Roja.
 - (5) Uno del Instituto Peruano de Seguridad Social.
 - (6) Uno de la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima.
 - (7) Un representante de la Federación de Jubilados, y;
 - (8) Un representante de los ancianos de los albergues.
 - d. Art. 4o.— Establece filiales en departamentos y provincias.
 - e. Art. 5o.— Señala sus fuentes de financiación.
 - f. Art. 6o.— El Ministerio de Educación dictará las disposiciones necesarias para que se imparta la enseñanza en los centros civiles y militares a fin de crear conciencia de respeto, ayuda y protección al anciano.
 - g. Art. 7o.— Establece que el Poder Ejecutivo fomente el Voluntariado de Acción Social.
 - h. Art. 8o.— El Poder Ejecutivo reglamentará la presente Ley dentro del término de sesenta días después de su promulgación.
7. Decreto Legislativo No. 356.— Consejo Nacional de Beneficencias y Junta de Participación Social (Organismo Público Descentralizado del Sector Salud).
- a. Art. 2o.— Corresponde al Ministro de Salud establecer las lí-

neas de política y acciones prioritarias de las Sociedades de Beneficencia y de las Juntas de Participación Social, que serán desarrolladas e implementadas por intermedio del Consejo Nacional de Beneficencias y de Juntas de Participación Social y de las Asambleas Generales de Miembros, sin perjuicio de las funciones y atribuciones que señala el presente Decreto Legislativo.

- b. Art. 3o.— Las Sociedades de Beneficencia son personas jurídicas de derecho público interno que, por encargo de la Ley, realizan funciones de bienestar y promoción social complementarias de los fines sociales y tutelares del Estado.
- c. Art. 5o.— Coadyuvar en la solución de las necesidades de salud y bienestar social de las mujeres y ancianos abandonados y/o en extrema precariedad económica, de acuerdo con la política nacional de salud.
- d. Art. 30.— El Consejo Nacional de Beneficencia y Juntas de Participación Social contará con una Secretaría Ejecutiva encargada de realizar, cumplir, coordinar y canalizar el desarrollo de los programas y planes adoptados por la Convención Nacional, en concordancia con los Lineamientos de política del Sector Salud.

La Secretaría Ejecutiva contará con el personal técnico y administrativo mínimo, que le permita cumplir sus funciones de apoyo a las instituciones integrantes del sistema.

El Secretario Ejecutivo será designado por el Ministro de Salud a propuesta del Consejo Nacional.

- 8. Decreto Legislativo No. 355.— Instituto Peruano para el Desarrollo de la Salud (Organismo Público Descentralizado del Sector Salud).
 - a. Art. 1o.— Establécese el Instituto Peruano para el Desarrollo de la Salud (INDES), como organismo público descentralizado del Sector Salud, encargado de promover y facilitar la acción coordinadora o conjunta de instituciones y personas que perteneciendo a diferentes sectores económicos y sociales, puedan contribuir significativamente al proceso de desarrollo en el campo de la salud, para beneficio de la totalidad de la población nacional, y en particular de los grupos más necesitados.
 - b. Art. 4o.— El INDES desarrolla sus programas en las siguientes áreas de competencia:
 - a) El desarrollo de los recursos humanos en el campo de la salud.
 - b) La investigación científica y social aplicada en el campo de la salud.
 - c) La información y la educación para la salud, buscando el desarrollo de medios y condiciones que facilitan una

plena y efectiva movilización y participación del pueblo en todo el proceso de desarrollo de la salud.

- d) La formación de opinión pública que permita una mejor canalización de las necesidades de salud de los grupos de población menos privilegiados y su transformación en demandas que puedan tener adecuada respuesta en todos los niveles de decisión política.
9. Informe — Resumen de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento — Naciones Unidas — 26 Jul al 06 Ago. 82.
Las Naciones Unidas en la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, realizada en Viena (Austria) del 26 Jul. al 06 Ago. 82 con la participación del Perú, formularon las siguientes declaraciones:
- a. Reconocer y reafirmar su convicción de que los Derechos Fundamentales e inalienables consagrados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos se aplica plena e íntegramente a las personas de edad.
 - b. Reconocer solemnemente que la calidad de vida no es menos importante que la longevidad y que por consiguiente, las personas de edad deben, en la medida de lo posible disfrutar en el seno de su propias familias y comunidades de una vida plena, saludable, segura y satisfactoria, y ser estimados como parte integrante de la Sociedad.
Asimismo, decidieron:
 - a. Que individual o colectivamente, los Países Miembros formularan y aplicaran políticas a los niveles internacional, regional y nacional para realizar la vida de las personas de edad como individuo, a fin de que espiritual y físicamente, disfruten plena y libremente de sus años avanzados en paz, salud y seguridad.
 - b. Que estudiaran las consecuencias del envejecimiento de la población sobre el desarrollo y las del desarrollo sobre las personas de edad, con miras a lograr la plena realización del potencial de las personas de edad y a mitigar mediante medidas apropiadas cualesquiera efectos negativos.
10. Informe de la Encuesta Nacional relativa a la Problemática de la Tercera Edad en el Instituto Peruano de Seguridad Social, 1981.
Conclusiones:
- a. Del total nacional de ancianos y longevos sólo el 10^o/o se encuentra amparado por el Sistema de Seguridad Social.
 - b. La mayor cantidad de pensionistas jubilados amparados por la Seguridad Social se encuentra en el Departamento de Lima.
 - c. El 47^o/o declara padecer de algún tipo de enfermedad o invalidez, porcentaje que llama a reflexión respecto a las prestaciones de salud a los gerontes o la carencia de centros de aten-

- ción especializada y la falta de medidas preventivas.
- d. Los ingresos económicos de los jubilados son la expresión del grado de explotación a que muchos de ellos se hallaban sometidos durante su período de actividad productiva, que sin lugar a dudas no alcanza a cubrir sus necesidades básicas.
 - e. El 93^o/o de la población de pensionistas encuestados vive con sus familiares.
 - f. Frente a su precaria situación, los pensionistas tratan de organizarse para propender a la reivindicación de sus derechos.

C. SITUACION, ANALISIS E INTERPRETACION

Como se ha podido apreciar, son realmente impresionantes, por su número y contenido las normas morales y legales explicitadas en los dispositivos dictados en pro del bienestar de las personas de tercera edad y que son más que suficientes para servir de base a la implementación y desarrollo de una Organización Asistencial Geriátrica Médico-Social que permita la valoración de todas sus necesidades e integrar las acciones y los recursos médicos y sociales tendientes a solucionar sus problemas con eficacia, eficiencia y equidad.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos y la Constitución Política del Perú establecen claramente el derecho de las personas, sin distinción de ninguna naturaleza, a la vida, a la libertad, a la salud y a la igualdad; puntualizando nuestra Carta Magna que la persona humana es el fin supremo de la Sociedad y del Estado, teniendo todos la obligación de respetarla y protegerla y que dentro de este contexto, el niño, el adolescente y el anciano son protegidos por el Estado ante el abandono económico, corporal o moral. Asimismo, señala que la Seguridad Social tiene como objeto cubrir, entre otros, los riesgos de enfermedad, invalidez, desempleo, accidente, vejez, viudez y muerte.

En la Asamblea Mundial sobre el envejecimiento realizada en Viena (AUSTRIA) el 26 Jul. 82, en la que el Perú estuvo representado, las Naciones Unidas acordaron que los países miembros deberían formular y aplicar políticas nacionales para realizar la vida de las personas de edad como individuo, a fin de que espiritual y físicamente, disfruten plena y libremente de sus años avanzados en paz, salud y seguridad. En el año 1980 la Gerencia de Prestaciones Sociales del Instituto Peruano de Seguridad Social elaboró una encuesta sobre la problemática de la Tercera Edad en esa institución, con el objeto de conocer la situación integral de los pensionistas, identificando sus problemas y necesidades, con la finalidad de poder diseñar las políticas de promoción, protección y asistencia que requiere este sector de la población, siendo aplicada la encuesta del 16 al 20 de Febrero de 1981. De dicha investigación se desprenden las siguientes conclusiones:

- Sólo el 10^o/o de ancianos se encuentra amparado por la Seguridad Social.

- La mayor cantidad de pensionistas jubilados se encuentra en Lima.
- El 47º/o declara padecer de algún tipo de enfermedad o invalidez.
- Que las pensiones de los jubilados no alcanza a cubrir sus necesidades básicas.
- Que el 93º/o de los pensionistas encuestados vive con sus familiares.
- Que carecen de buenos servicios médicos.

En estas circunstancias y recogiendo el mandato constitucional para su ejecución en sus correspondientes ámbitos, en las postrimerías del gobierno anterior se promulga en el mes de Junio de 1985 la Ley 24165, creando el Consejo Nacional del Anciano con el fin de llevar a cabo la política de protección del anciano en forma integral, en un marco multi-sectorial, teniendo filiales en las capitales de Departamento y de Provincia, señalándose para el efecto las fuentes de financiación correspondientes y que el Reglamento de la Ley sería presentado en el término de 60 días. Un mes después es promulgada la Ley de Política Nacional de Población, del Decreto Legislativo 346 en cuyo Artículo V el Estado ampara prioritariamente a la madre, al niño, al adolescente y al anciano, y el Artículo 6º establece que la atención a la tercera edad es garantizada a través de la promoción y apoyo a programas integrales para la población anciana del país.

En el mismo año y con fecha 28 de Octubre de 1985, el actual Gobierno promulga mediante el Decreto Legislativo 352, La Ley Orgánica del Consejo Nacional de Población, Organismo Público Descentralizado del Sector Salud que se encarga de proponer, promover, orientar, normar y supervisar las acciones de la política de población y cuyo máximo órgano deliberativo y resolutivo es la Asamblea General integrada por numerosos miembros de diferentes Sectores e Instituciones. Constituyendo un pliego presupuestal del Sector Salud, se le asignan diferentes fuentes de financiamiento para la obtención de sus recursos permanentes y a la Oficina Técnica del Consejo se le encarga la programación, ejecución, coordinación, supervisión, evaluación y administración de los planes y proyectos del Consejo Nacional de Población.

La Ley del Consejo Nacional de Beneficencias y Juntas de Participación Social, como Organismo Público Descentralizado del Sector Salud es promulgada en la misma fecha, con Decreto Legislativo 356 indicándose en su preámbulo que es indispensable orientar las acciones de dichas instituciones, teniendo en cuenta el beneficio directo de los grupos de población más necesitados, en especial niños y ancianos, señalando también en su Artículo 5º que uno de sus fines es coadyuvar en la solución de las necesidades de salud y bienestar social de las mujeres y ancianos abandonados y/o en extrema precariedad económica, de acuerdo con la política nacional de salud. El Artículo No. 20º especifica cuales son las numerosas fuentes de obtención de recursos para las Sociedades de Beneficencia y Juntas de Participación Social, así como el Artículo No. 31º, crea el Fon-

do de Solidaridad y de Compensación Social como organismo facilitador del cumplimiento de las políticas definidas por la Convención que es el órgano de más alto nivel para la coordinación de las acciones y de bienestar social que realizan las mencionadas instituciones de acuerdo con los Lineamientos de Política del Sector Salud, constituyéndose dicho Fondo en el órgano financiero y redistribuidor de recursos entre las Sociedades de Beneficencia y Juntas de Participación Social, administrado por el Consejo Nacional.

Hay un evidente divorcio entre las políticas explícitas que contienen los frondosos dispositivos legales vigentes y la realidad de lo nada o muy poco que se ha hecho hasta el presente por una ancianidad sumergida en el abandono, en un plano de injusticia subyacente a la injusticia social que azota a los otros grupos etéreos de mayor riesgo de enfermar y morir, convirtiendo al anciano en una persona devaluada a quien cada vez más se le ha ido reduciendo su campo de interés por la vida y ensombrecido su porvenir, prodigándosele una atención médico-social marginante, discriminatoria, no equitativa y de baja calidad, que es la verdadera política implícita seguida hasta la actualidad. Me atrevo a decir que el grado de humanismo de una sociedad se refleja en el espejo de la indigencia y desamparo de sus ancianos.

Parece ser que la Ley Orgánica del Sector Salud, promulgada mediante el Decreto Legislativo 351 el 28 de Octubre de 1985, simultáneamente con las Leyes de los Organismos Públicos Descentralizados: Consejo Nacional de Población, Consejo Nacional de Protección del Medio Ambiente, Consejo Nacional de Beneficencias y Juntas de Participación Social, Comité Nacional de Medicamentos, Alimentos y Drogas e Instituto Peruano para el Desarrollo de la Salud, no ha tomado en cuenta a la Ley del Consejo Nacional del Anciano, por cuanto al no haberla derogado pudo haberla incluido entre los Organismos Públicos Descentralizados o cuando menos se hubiese procedido a su adecuación orgánico-funcional de conformidad con los Lineamientos de Política Nacional del actual gobierno.

El Art. 8o de dicha Ley disponía que el Poder Ejecutivo tenía que reglamentarla dentro del término de sesenta días después de su promulgación (12 Jun 85) no habiéndose publicado ese Reglamento hasta la fecha. En la constitución del Consejo faltan delegados de otros Sectores vinculados al tema, además de que deberían ser incluidos los siguientes: el Director Técnico del Consejo Nacional de Población, el Secretario Ejecutivo del Consejo Nacional de Beneficencia y Juntas de Participación Social y el Secretario Ejecutivo del Instituto Peruano para el Desarrollo de la Salud, con cuyos Organismos debería efectuarse una Apertura Programática Nominalmente Común, como instrumento de coordinación intrasectorial, teniendo en cuenta que cada uno de ellos administra sus respectivos presupuestos por programas, como pliegos dependientes del Sector Salud. Considero que en armonía con el Artículo 2o, inciso g) del Artículo 7o de la Ley Orgánica del Sector Salud y con el Artículo 2o de la Ley del Instituto Peruano para el Desarrollo de la Salud, la Sociedad de Gerontología y

Geriatría del Perú, reconocida oficialmente por el Ministerio de Salud y por el Colegio Médico del Perú, debería tener un representante en el Consejo. Es indispensable la sumación y no la dispersión de esfuerzos.

Tampoco en la formulación de la Ley Orgánica del Sector Salud se tomó en cuenta el espíritu que dio origen a la letra de los dispositivos que asignan prioridad a la atención del anciano, en las leyes de Política Nacional de Población y del Consejo Nacional del Anciano, al no habersele dado prioridad en la demanda de servicios que, en cumplimiento de los lineamientos de política, establece el Artículo 7º de la mencionada ley general de bases.

Es incuestionable que en la estrategia frente al riesgo de la política de salud debe considerarse necesariamente a la ancianidad entre los grupos etáreos de población más expuestos a enfermar y morir por su gran vulnerabilidad, en la que por lo tanto es mayor la incidencia y coincidencia de diferentes enfermedades y muy alta la patología invalidante. El envejecimiento conlleva alteraciones en los mecanismos de regulación metabólica y funcional, a nivel tisular, celular, molecular y submolecular que va llevando a menos la adaptación de las diversas estructuras de la economía a múltiples y variados estímulos o noxas, produciéndose también evidentes cambios en la actividad de las glándulas endocrinas y en la reactividad inmunológica orgánica con la edad.

En el Programa de Atención Integral de Salud (PAIS) puesto en circulación por el Ministerio de Salud no ha sido considerada la Tercera Edad en el Área de Acción: Atención a las Personas, debido probablemente a que la nueva Ley Orgánica del Sector Salud no contempla específicamente la necesidad de una adecuada y especializada asistencia a los ancianos, ni acciones que impulsen, coordinen, garanticen y evalúen la calidad de los cuidados sanitarios y sociales que requieren, dentro del marco de la concepción y diseño de la atención por niveles de complejidad y de la filosofía de la asistencia progresiva y continuada.

A la satisfacción de las necesidades de salud de los ancianos algunos le pretenden dar un cariz de acción piadosa o de caridad, desconociendo u olvidando que ella entraña un complejo problema político, económico, social y médico. En lo político, nuestra Carta Magna, da la orientación suficiente mediante una serie de dispositivos contenidos en su Título I, Capítulos II y III, para que se garantice el amparo de la persona humana en su vejez, que se traduce en cláusulas de varias leyes de diferentes organismos que antes he señalado, siendo su máxima expresión la Ley del Consejo Nacional del Anciano, que a más de un año de su promulgación se encuentra en cero. En lo que respecta a lo económico, los diferentes organismos comprometidos en el problema tienen sus respectivos presupuestos, pero sin actuar en forma articulada; la pensión de jubilado es precaria y la Seguridad Social sólo ampara el 10% de la población anciana. En el aspecto social no hace falta resaltar las consecuencias porque nadie ignora las pe-

nurias y peripecias de los ancianos pensionistas y mayormente de los no asalariados en desamparo y desvalidos. En el aspecto médico, la ausencia de un Sistema de Prestaciones geronto-geriátricas significa un alto costo: la mitad de las camas de los hospitales generales son ocupadas por ancianos; uno de cada 3 pacientes que acuden a consulta de Medicina General es de edad avanzada; una de cada 3 atenciones a domicilio es para ancianos, y a medida que se envejece, aumenta el consumo de servicios de salud.

No se dispone de estudios encaminados a detectar la población mayor de 60 años con problemas geriátricos o sociales ni de ancianos en situación de desamparo, válidos y no válidos, pero cada día se incrementa el número de ancianos mendigos deambulando por las calles en busca de ayuda. Por la situación económica actual, las mismas familias se han visto obligadas a descuidarlos por tener que dar prioridad a sus miembros en edad productiva que tienen que asegurar la supervivencia de los que dependen de ellos.

Sólo una pequeña parte del 62^o/o de ancianos en desamparo económico y social son acogidos en instituciones benefactoras que en total aproximado no ofertan más de dos mil quinientas plazas en sus Centros Gerontológicos de Alojamiento (residencias, albergues, asilos, hospicios, etc.) y estando cerca del 90^o/o de éstos en la Capital, en concordancia con el injusto centralismo existente. El mayor aporte en este cometido lo brindan las Sociedades de Beneficencia Pública y la Congregación de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados.

La Sociedad de Beneficencia Pública de Lima presta asilo y albergue bajo dos modalidades de atención: una de carácter integral, en el Hospicio San Vicente de Paúl y el Albergue Ignacia Rodulfo vda. de Canevaro, que ofrecen "vivienda, alimentación adecuada, vestimenta, atención médica especializada y recreación", el primero para 250 ancianos y el segundo para 680. La segunda modalidad es la atención parcial, proporcionando: "vivienda, atención médica especializada mediante visitas periódicas y terapia recreativa".

La Congregación de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados acoge a un total aproximado de 1,500 personas mayores de 60 años y a quienes se prodiga los mejores cuidados en forma ejemplar, donde se conjugan la mística y la tecnología moderna, realizando para el efecto prácticamente milagros en la consecución de sus recursos. Resulta elocuente y lo sintetiza todo lo que se pueda decir, la frase inscrita en la entrada del local de la Avenida Brasil "La Providencia y la Fe sostienen esta casa en pie".

Desafortunadamente, debo manifestar que los Centros Gerontológicos de Alojamiento del país, dan cobertura muy reducida a los ancianos desvalidos. Existen algunos establecimientos del Sector No Público que mayormente no son significativos si se estima que en nuestro país se requerirían no menos de un 3^o/o de plazas para ancianos mayores de 60 años; las existentes no llegan a cubrir el 1^o/o.

El Instituto Peruano de Seguridad Social no ha explotado debidamente el importante trabajo de investigación que realizó la gerencia de Prestaciones Sociales, plasmado en su Informe Final de la Encuesta Nacional de la Problemática de la tercera edad realizada en el IPSS. En los pasos aislados que viene dando, se puede mencionar el relativo a la mejora en las pensiones de los jubilados obedeciendo al mandato del Artículo 20o. de la Constitución Política del Perú.

También vienen mejorando los trámites burocráticos de la atención de pensionistas y las facilidades para el pago de sus haberes. En el aspecto médico se han inaugurado Consultorios Externos en los Policlínicos Periféricos y esbozado Unidades Geriátricas en los Hospitales. Se están implementando nuevos Programas de Bienestar y Recreación. Sin embargo, dista mucho en este sentido que en el Perú se cumpla el postulado que dice "Ley de Hermandad de los tiempos modernos es la Seguridad Social". Anhelamos que en un futuro cercano se convierta realmente en el puente tendido entre la desesperación y la esperanza del anciano.

En el campo de la enseñanza, se dictan capítulos de Geriátrica en los estudios regulares de Medicina y cursos aislados de post-gradó que no tienen todavía la extensión necesaria como para hacer especialistas. La Universidad Nacional Mayor de San Marcos ha venido realizando algunos cursos y cursillos; en el curso de Semiología General se hace como capítulo aparte la Semiología del Anciano. Para médicos Residentes se dicta anualmente un curso de Segunda Especialización sobre Gerontología y Geriátrica.

El Colegio Médico del Perú reconoce la especialidad de Geriátrica por la modalidad no escolarizada y en el Sub-Programa cursos para Médicos Generales del Programa de Educación Médica Continua, con la cooperación de la Sociedad de Gerontología y Geriátrica del Perú dicta el Curso de Gerontología y Geriátrica desde 1984. Asimismo, auspicia las actividades científicas de la referida Sociedad.

Unas pocas instituciones se ocupan de la vejez: El Instituto Nacional de Bienestar Familiar (INABIF), en cuya Ley de su creación, Decreto Legislativo No. 118 de 12 Jun. 81, el Artículo 3^o inciso c). dice: "Velar por la asistencia del anciano, para que viva con decoro y dignidad", pero en la práctica su participación en la solución de los problemas de la vejez ha sido mínima; la Fundación Peruana de Ayuda a la Tercera Edad; la Asociación Nacional de Cesantes y Jubilados de la Educación (ANCIJE); Horizontes de la Tercera Edad.

En cuanto a publicaciones, éstas son escasas: algunas tesis de Bachiller en Medicina, como "El anciano desvalido en Lima" del Dr. Carlos Mendoza y "Unidad Geriátrica en un Hospital General" del Dr. Dante Murrieta, los libros "Tercera Edad" del Dr. Carlos Vivanco, "Introducción a la Geriátrica" y "Aproximación al mundo mental del anciano" del Dr. Miguel Lladó y la revista "Geronto", órgano oficial de la Sociedad de Gerontología y Geriátrica del Perú.

D. CONCLUSIONES

1. Es evidente el divorcio que existe entre las políticas explícitas que contienen los frondosos dispositivos legales vigentes y la realidad de lo nada o muy poco que se ha hecho hasta el presente por la implantación, implementación y desarrollo de una Organización Asistencial Geriátrica Médico-Social, para la prestación integral de servicios a la tercera edad en nuestro país.
2. No se aprecia una adecuada coordinación e interacción entre los diferentes organismos que tienen la responsabilidad de contribuir a mejorar la calidad y esperanza de vida de las personas de tercera edad, que permita la sumación y no la dispersión de esfuerzos.
3. No se ha puesto en marcha la Ley del Consejo Nacional del Anciano promulgada el 10 de Junio de 1985, ni publicado su Reglamento dentro de los sesenta días después, hasta la fecha.
4. En el Decreto Legislativo No. 351, Ley General de Bases del Sector Salud Art. 7º, no se ha tomado en cuenta el espíritu que dio origen a la letra de los dispositivos que asignan prioridad a la atención del anciano, en las leyes de Política Nacional de Población y del Consejo Nacional del Anciano, siendo incuestionable que en la estrategia frente al riesgo de la política de salud, debe considerarse necesariamente a la ancianidad entre los grupos etáreos de población más expuestos a enfermar o morir, por su mayor vulnerabilidad.
5. Parece ser que al formularse la Ley Orgánica del Sector Salud se ignoró a la Ley del Consejo Nacional del Anciano, por cuanto al no haber sido derogada pudo habersele incluido entre los Organismos Públicos Descentralizados o de no ser así, proceder a su adecuación orgánico-funcional, de conformidad con los Lineamientos de la Política Nacional de Salud.
6. La valoración de las necesidades de salud de los ancianos y la integración de acciones y recursos para satisfacerlas, constituyen un problema político, económico, social y médico.
7. La incidencia y la coincidencia de diferentes enfermedades es mucho mayor en la población anciana y la tendencia de las mismas hacia la cronicidad e invalidez es frecuente y exige medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria.
8. El creciente y mayor consumo de atención médica en la población anciana se traduce en un mayor número de consultas, visitas domici-

liarias, urgencias, innecesarias hospitalizaciones, prolongadas estancias hospitalarias, frecuentes rehospitalizaciones, elevados gastos en exámenes auxiliares de diagnóstico y un mayor consumo de medicamentos y otros insumos.

9. En la atención integral al anciano son de capital importancia los servicios Sociales Comunitarios, particularmente cuando se refieran a la Ayuda a Domicilio y a las Residencias para Ancianos válidos o no válidos que son imprescindibles, cuando se hace imposible o no deseable su permanencia en el hogar habitual, por cuanto el objetivo prioritario de la Asistencia Geriátrica es el mantenimiento del anciano en su propio domicilio.
10. La docencia y la investigación en la Gerontología y Geriatria en el país, en todos los niveles, se halla reducida a su mínima expresión.
11. La Política de Prestaciones de Servicios Geronto-Geriátricos en el Perú es limitada, marginante, discriminatoria y no equitativa.

E. RECOMENDACIONES

1. Acatar y cumplir las leyes dictadas con el fin de mejorar la calidad y esperanza de vida de las personas de tercera edad, orientando el esfuerzo principal hacia los más desvalidos.
2. Instaurar una Política de Atención Geronto-Geriátrica que sea realista, coherente en los niveles intra e intersectorial, viable y factible.
3. Que se formulen los Planes de Corto, Mediano y Largo Plazo para la implantación, implementación y desarrollo de una Organización Asistencial Geronto-Geriátrica Médico-Social que permita la prestación integral de servicios, en el marco de la concepción y diseño de niveles de atención y de la filosofía de la asistencia progresiva y continuada.
4. La atención Geriátrica debe formar parte y estar plenamente integrada en la Organización Sanitaria del país y actuar en el marco de los Lineamientos de la Política Nacional del Sector Salud, debiendo crearse el Programa Especial de Supervivencia del Anciano, de ámbito nacional.
5. Potenciar una Política de Atención Geronto-Geriátrica concreta que en el ámbito Sanitario (Servicios de Prestaciones Médicas) y Social (Servicios de Prestaciones Sociales) se enfrente a las necesidades que en ambos campos presentan las personas ancianas.

6. Dicha Política deberá seguir, forzosamente criterios de sectorización cartográfica (descentralización de la atención, acercando los servicios al usuario) y de integración (coordinando en todos los niveles la utilización de los recursos médicos y sociales).
7. Desarrollar Programas de Atención Geronto-Geriátrica Médico-Social de base comunitaria, con enfoque preventivo y orientado hacia la familia, para evitar tanto la enfermedad cuanto la incapacidad en el anciano.
8. Teniéndose en cuenta que el objetivo fundamental de la Geriátrica es el mantenimiento del anciano en su propio domicilio, con independencia, salud y seguridad, el Equipo Básico de Atención Domiciliaria Organizada, que debe participar en el Programa Integral de Salud del Nivel Local (P.A.I.S), es el principal responsable de los cuidados de salud en el medio comunitario, jugando en este cometido un papel decisivo los servicios de ayuda social a domicilio con que cuenta.
9. La docencia en Geriátrica debe abarcar los siguientes aspectos: Historia de la Gerontología; teorías del envejecimiento; estudio de la patología de la tercera edad; la semiología del anciano; envejecimiento precoz o prematuro; tratamiento medicamentoso y de otros tipos; estudio de los factores físicos, ambientales y sociales sobre el envejecimiento; estudio sobre la capacidad de adaptación del organismo, al avanzar la edad; estudio de los problemas relacionados con la longevidad; sistemas de asistencia social; estudio del aspecto demográfico, en el país; estudio de los factores que determinan la morbilidad y la mortalidad en relación con el envejecimiento; estudio de los problemas psicológicos del anciano; psiquiatría y ancianidad; problemas de la revitalización y rehabilitación en la tercera edad y la anatomía patológica en la edad avanzada. Dicho Programa debe desarrollarse en tres niveles: Formación Básica durante el período de pregrado, Formación Continuada con la intervención del Colegio Médico y la Sociedad de Gerontología y Geriátrica del Perú y Formación Especializada durante tres años en el post-grado mediante el sistema escolarizado del Residentado Médico en las Facultades de Medicina. Para las profesiones paramédicas debe adaptarse un esquema similar, sin dejar de lado la formación de Auxiliares de Geriátrica. Los Programas de formación deben alcanzar también a todos los responsables de Centros Gerontológicos (Directores, Administradores, etc).
10. En lo que atañe a la investigación me permito sugerir algunos objetivos:
 - a. Peculiaridades demográficas de la población anciana en las tres

regiones naturales del país.

- b. Factores que inciden en el envejecimiento de la población en nuestro país.
 - c. Relación entre el estado de salud y el estilo de vida de los ancianos y sus necesidades de ayuda médica y social.
 - d. Relación entre las actividades físicas y el estado de salud de los ancianos.
 - e. Efecto de diferentes dietas en los índices funcionales y metabólicos de los ancianos, con la finalidad de establecer las recomendaciones alimentarias pertinentes.
 - f. Aptitud para el trabajo con relación a la edad y el tiempo de servicios en personas mayores de 45 años, de diversas ocupaciones.
 - g. Efecto de diferentes factores sociales y de las condiciones de vida, con relación al empleo de los pensionistas.
 - h. La investigación operativa y la aplicada a la Geriátrica, ofrecen una múltiple gama de objetivos.
11. Es necesario establecer las medidas pertinentes de control del cumplimiento terapéutico, de la polifarmacia y del riesgo yatrogénico que tanta significación tienen en la Geriátrica.
12. Establecer normas de protección jurídica contra la explotación de la debilidad física o mental de los ancianos por otras personas, incluso familiares.
13. Acciones inmediatas que propongo:
- a. Despertar la conciencia de todos los sectores de la población sobre la atención que merece esta etapa de la vida, mediante una campaña masiva de información, motivación y alfabetización Gerontogeriátrica.
 - b. Orientar a los grupos multidisciplinarios de los niveles operativos en las especiales peculiaridades del paciente anciano, al formular el Programa de Atención Integral de Salud del Nivel Local.
 - c. Desarrollar Programas de Educación para la vejez desde etapas tempranas de la vida y Programas de Preparación para la jubilación con la debida anticipación.
 - d. Convocar a los profesionales de las ciencias médicas y paramédicas que deseen participar en esta humanitaria cruzada, organizados en el Voluntariado de Acción Social para ayuda a la tercera edad.
 - e. Invitar a las Universidades para que a través de sus Facultades de las diferentes profesiones de Ciencias Sociales, brinden su importante colaboración.
 - f. Solicitar la cooperación de la Sociedad de Gerontología y Geriátrica del Perú y de otras organizaciones interesadas en la tercera edad.

- h. Participación de los propios ancianos en los Programas de Atención Geronto-Geriátrica.
- i. Llevar a cabo el empadronamiento de todos los ancianos que se encuentran en estado de abandono económico, corporal o moral y efectuar el inventario de Centros Gerontológicos de Alojamiento (Asilos, albergues, residencias, hogares, hospicios, etc.) existentes en el país, indicando la capacidad de plazas que tienen.
- j. Desterrar definitivamente el nombre de asilos para ancianos y comprobar en los existentes y cada uno de los otros Centros Gerontológicos de Alojamiento cuántos ancianos están en buen estado relativo de salud y cuántos están enfermos, determinando también su "Índice de Independencia en actividades de la vida Diaria", es decir, cuántos y quiénes son independientes, parcialmente dependientes y totalmente dependientes.
- k. Tratar por todos los medios que los ancianos que se encuentren en los citados establecimientos de Protección Social, retornen a sus domicilios, en condiciones de independencia, seguridad y aceptable salud. Lo único que se logra en dichos establecimientos es institucionalizar la dependencia y el aislamiento. Es punible la actitud de los familiares de un anciano que estando en condiciones de tenerlo en sus hogares lo internan en un asilo. Es necesaria y urgente la dación de una norma legal que permita una garantía absoluta de la calidad de los cuidados en este tipo de Centros, particularmente los privados.
- l. Las personas del Voluntariado de Acción Social deben ser debidamente adiestrados para asegurar, vigilar, proteger y ayudar a las familias, tanto desde el punto de vista médico cuanto social, de forma que las personas que conviven con los ancianos sepan hacer más fácil la vida tanto de uno como de otro.
- m. Para la complementación de las acciones antes expuestas, se organizan los Clubes de Ancianos (Jubilados, retirados, etc.) y los Centros Diurnos para Ancianos del Sistema de Protección Social de la Comunidad y las Unidades Geriátricas de Día (Hospitales de Día o Clínicas de Día) del Sistema Formal de Salud, que permiten la atención de ancianos independientes y parcialmente dependientes. La ubicación de estos elementos debe hacerse en base a una apropiada sectorización cartográfica. Los Clubes y los Centros de Día creados y administrados por la propia comunidad del sector (podrían estar a cargo de los Gobiernos Locales) y a ellos concurrirían, a los Clubes por sus propios medios y a los Centros de Día con vehículos comunitarios, a las 09.00 horas y regresarían a sus domicilios o centros gerontológicos comunitarios, a las 17.00 horas. Siendo estos elementos Centros de Recreación, los ancianos cumplirían entre las horas citadas, un adecuado programa de actividades físicas, culturales, ocupacionales y recreativas.

De 12.00 a 13.00 hrs. sería el intervalo para el almuerzo. Para el efecto, dichos Centros se ubicarían en una misma área que las Cocinas Populares, Centros Artesanales y Clubes de Madres.

Las Unidades Geriátricas de Día, son establecimientos del Sistema Formal de Salud, con capacidad para 30 ó 50 plazas que funcionarían en forma similar a los Centros de Recreación antes mencionados, pero su misión se concreta a la atención médica de ancianos que necesitan rehabilitación y mantenimiento físico, contando para ello con los siguientes servicios: Consultorio Médico, Tópico, Sala de Reposo u Observación y Salas de Rehabilitación para Kinesioterapia, Mecanoterapia, Fisioterapia, ludoterapia, logoterapia y Ergoterapia. Estos establecimientos descongestionarían positivamente los servicios ambulatorios y de internamiento de los Hospitales.

Para completar el Sistema quedarían los Servicios de Hospitalización de corta, mediana y larga estancia, desde los cuales debe irradiarse la política de prevención, docencia e investigación de la atención Geronto-Geriátrica.