

LA SALUD EN LA TERCERA EDAD. RESULTADOS PRELIMINARES DE LA ENCUESTA DE NECESIDADES DE LOS ANCIANOS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE¹

En los últimos años ha crecido considerablemente la preocupación por los ancianos en todo el mundo y particularmente en las regiones geográficas desarrolladas donde una gran proporción de la población puede incluirse dentro de la categoría de la ancianidad o "tercera edad". Comparada con otras, la población de América Latina y el Caribe es una población joven, con una pirámide poblacional "de base ancha". Sin embargo, las proyecciones demográficas indican que la población latinoamericana y caribeña de más de 60 años, que era de 23,3 millones en 1985, pasará a 40,9 millones a finales de siglo y llegará a 93,3 millones en el año 2025; es decir, casi 11% del total de habitantes en el 2025. Similares predicciones indican que en América Latina la esperanza de vida al nacer, que era de 51,2 años en el período 1950-1955, alcanzará 71,8 años entre el 2020 y el 2025. Todo ello pone de manifiesto la ingente tarea que los países de la región afrontarán en el futuro próximo respecto a la dotación de servicios sociales y de salud para las personas de edad avanzada. Estas son, en general, menos saludables que las personas jóvenes y su incremento en la población genera una demanda cada vez mayor de servicios de salud.

Fisiología del envejecimiento

El envejecimiento consiste en la pérdida paulatina de la capacidad de adaptación de un organismo debido a la interacción de factores intrínsecos (genéticos) y extrínsecos (ambientales). La pérdida de adaptabilidad tiene como consecuencia la presentación de los cuadros patológicos con diversas características propias entre las que cabe citar la multiplicidad, la manifestación inespecífica de las enfermedades, el deterioro acelerado en ausencia de tratamiento, la incidencia elevada de complicaciones de la enfermedad y el tratamiento, y la mayor necesidad de rehabilitación.

La biología del envejecimiento adolece todavía de grandes lagunas teóricas. No existe un modelo único que explique satisfactoriamente los diversos procesos que en él confluyen. El cambio en el uso de los recursos energéticos puede ser uno de los mecanismos fundamentales en el envejecimiento, al igual

¹ Basado en varios documentos inéditos del Programa de Salud del Adulto de la OPS.

que en la evolución (se cumpliría el principio haeckeliano según el cual la ontogenia reproduce la filogenia). Hoy se piensa que el envejecimiento intrínseco se debe a la reparación incompleta de los daños fortuitos que sufren las distintas partes de los organismos vivientes.

Es posible que la biología molecular rinda en breve resultados prácticos que contribuyan a una mejor comprensión del envejecimiento. El aislamiento de los genes causantes de ciertos síndromes progeroides puede contribuir en alguna medida al conocimiento teórico de ese proceso. La identificación de un gen que prolonga la vida de un invertebrado ofrece la posibilidad de estudiar los mecanismos del envejecimiento. Los componentes inmunológicos de este quizá logren esclarecerse a partir de la relación entre antígenos de histocompatibilidad (HLA) y longevidad, recientemente establecida.

Envejecimiento y edad

Se ha llegado al consenso de definir la vejez conforme a una edad cronológica arbitraria, aunque es evidente que la relación entre la edad cronológica y los criterios biológicos, sociales y económicos varía mucho de una cultura a otra. La Organización de las Naciones Unidas fijó en 1980 la edad de transición a la vejez en 60 años. Los datos provenientes de los países desarrollados sugieren, por otra parte, la conveniencia de definir otro grupo "más viejo" a partir de los 80 años.

Son muchas las concepciones equivocadas y los prejuicios referentes a los ancianos, por ejemplo en lo relativo a su capacidad mental. Esto se debe en cierta medida a las percepciones subjetivas de las personas actualmente jóvenes o de edades medias, que observan en los ahora ancianos actitudes y conductas que consideran extrañas o anómalas, y las atribuyen al envejecimiento. Así se confunden los efectos biológicos con efectos de grupo (de cohorte) relacionados con influencias culturales que han cambiado muy rápidamente en las últimas generaciones. Cuando se somete a una persona a estudios longitudinales (de seguimiento) y se compara con lo que era ella misma en una época anterior en vez de compararla con otra persona joven de la época actual, se observa que la declinación de la función mental debida a la edad es mucho menos pronunciada de lo que indicarían los estudios demográficos de sección cruzada. Algunos aspectos del comportamiento de las personas de edad que hoy pueden parecer raros o extravagantes pudieran haber sido costumbres normales en épocas pasadas y no reflejan disminución alguna en la capacidad mental.

Psicopatología del envejecimiento

Ciertas funciones psicológicas como la memoria y la capacidad de procesar información pueden deteriorarse con la edad, aunque estos cambios comienzan a producirse a edades muy tempranas, al inicio de la edad adulta, y se compensan progresivamente recurriendo a elementos externos como medios auxiliares de la memoria y mediante adaptaciones psicológicas como el aumento de la concentración mental.

La prevalencia de algunos problemas mentales se incrementa con la edad. Esto se debe en parte a cambios orgánicos, a los trastornos físicos que inciden en la función cerebral y a factores psicosociales que afectan más a menudo a los ancianos que a los jóvenes (aislamiento, pérdidas afectivas por fallecimientos y separaciones, deterioro de la situación económica). A pesar de todo, según diversas encuestas, la mayor parte de los ancianos gozan de buena salud mental.

Muchos trastornos mentales pueden aparecer a cualquier edad y su evolución y pronóstico son similares en ancianos y en jóvenes. Es un prejuicio muy difundido considerar que los trastornos mentales en edades avanzadas son progresivos y que su tratamiento solo puede ser sintomático. Esta falsa concepción lleva a un nihilismo terapéutico que se ha de evitar.

Envejecimiento, discapacidad y enfermedad

Los efectos del envejecimiento están estrechamente relacionados con los de la pérdida de aptitud física y estos dependen en gran medida de condiciones sociales. Por sí solo el envejecimiento no es la causa principal de discapacidad o dependencia hasta edades cercanas a los 100 años. La discapacidad y la dependencia de otros que se observa en mucha gente de edades en torno a los 80 no se debe al envejecimiento por sí mismo sino a los efectos sinérgicos de este con las enfermedades, la pérdida de la aptitud física y factores sociales como el retiro y la vida en aislamiento.

Muchos procesos patológicos son más frecuentes en personas ancianas que en jóvenes; pero en la mayoría de los casos ello no depende de una relación causal del envejecimiento y la enfermedad, sino de que la exposición a los factores causales de la enfermedad es en general tanto más larga cuanto mayor es la edad.

El concepto de pérdida de la aptitud también se relaciona con las capacidades psicológicas. Es sabido que el aislamiento y la privación sensorial pueden afectar la capacidad intelectual y el estado de ánimo en personas jóvenes. Los ancianos a menudo se hallan aislados y su capacidad de comunicación y percepción muchas veces se ve seriamente alterada por pérdidas sensoriales y trastornos del habla. Además, las actitudes negativas hacia las personas de edad dificultan en gran medida su participación en actividades diversas. Es común "no hacer caso" a los ancianos cuando se equivocan en asuntos simples como el día de la semana. Esto contribuye a aumentar su desorientación, mientras que la actitud contraria puede ayudarles a mantenerse bien orientados y bien adaptados a su ambiente.

Encuesta sobre necesidades de los ancianos

En la actualidad, en América Latina y el Caribe existen pocos datos estadísticos de morbilidad y discapacidad que permitan hacer alguna inferencia sobre la situación de salud de los ancianos. Las estadísticas de mortalidad de las que se dispone generalmente solo reflejan enfermedades terminales y no factores previos de morbilidad.

El reconocimiento de la importancia cuantitativa que han de adquirir las personas mayores de 60 años en los próximos decenios llevó a la OPS y a varios países miembros a emprender un estudio sobre las necesidades de los an-

cianos en los países latinoamericanos y caribeños. El estudio se basa en el agrupamiento por edades recomendado por la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento de las Naciones Unidas, y se está llevando a cabo en 13 países. Ya se dispone de los resultados correspondientes a la Argentina, Costa Rica, Chile, Guyana y Trinidad y Tabago. En otros cinco países se terminó el trabajo de campo pero aún no se ha finalizado el análisis de los datos.

Tal como recomendó la Asamblea citada, se fijó la edad de 60 años como límite para la definición de anciano y se agrupó a los mayores de esta edad en intervalos de cinco años de edad cronológica. La cifra de 60 años es en gran medida arbitraria y su coincidencia con la edad de jubilación en diversas empresas o instituciones públicas solo refleja razones de conveniencia económica. Por otra parte, ha de señalarse que las generalizaciones sobre las personas de edad han de manejarse con mucha precaución. Todas las generalizaciones cercenan la visión de la diversidad que encierra cualquier grupo y las capacidades físicas y psicológicas de un grupo de personas de 60 años son mucho más diversas que las de un grupo de jóvenes de 20. Esta diversidad se acentúa en edades aun más avanzadas, por lo que las generalizaciones son cada vez menos realistas cuando se habla de grupos de ancianos de más de 70, 80 ó 90 años.

El cuestionario utilizado en la encuesta estaba integrado por unas 80 preguntas. Algunas variaban de país a país según circunstancias particulares. Los encuestados fueron casi siempre vecinos de zonas urbanas, donde reside la mayoría de la población, pero en algunos países se encuestaron ancianos residentes en zonas rurales.

Los objetivos del cuestionario eran tres: a) lograr una visión general de las condiciones de vida y salubridad y del uso de los servicios de salud de las personas mayores de 60 años; b) identificar sus necesidades para orientar a los planificadores de servicios y administradores de programas, y c) obtener un punto de referencia para comparar futuras investigaciones de salud y valorar el efecto de los servicios.

Los datos se analizaron por sexos y por intervalos de edad de cinco años desde los 60 hasta los 80 años. A partir de esta edad se constituyó un grupo único, dado el escaso número de integrantes. Estos límites son arbitrarios, pero es necesario establecerlos para "cuantificar la vejez" y hacer comparaciones útiles. La encuesta obtuvo unos porcentajes de respuesta bastante altos, hasta de 78,3% en un país y 85,9% en otro, lo cual es un buen índice de fiabilidad.

Circunstancias sociales. Los datos preliminares parecen indicar un mayor nivel educativo en el sexo masculino, lo cual refleja las menores oportunidades educativas ofrecidas a las niñas hace 60 ó 70 años. Esta tendencia al desequilibrio en el nivel educativo se incrementó progresivamente al considerar grupos de edad más avanzada.

El estado civil no mostró diferencias significativas en las distintas poblaciones estudiadas. La encuesta reveló una proporción de casados bastante superior en el sexo masculino y una proporción de enviudamientos superior en el femenino.

Entre la mitad y las tres cuartas partes de los encuestados vivían en hogares multigeneracionales, generalmente con uno o varios hijos, algún cónyuge de estos y nietos. La proporción de ancianos que vivían solos varió, pero

casi siempre fue superior al 10 %, incrementándose con la edad. En un país, 40 % de los varones y 20 % de las mujeres de más de 80 años entraron en este grupo. Alrededor de 10 % de los ancianos convivían únicamente con su esposa y otro 10 % con gente no emparentada con ellos.

Relaciones sociales. Se preguntó a los ancianos entrevistados sobre sus relaciones con familiares, amigos y vecinos. Las respuestas posibles eran cuatro: “muy satisfechos”, “satisfechos”, “insatisfechos” y “muy insatisfechos”.

De los ancianos que vivían con familiares una gran mayoría contestaron que se hallaban satisfechos. Solo uno de cada diez declaró hallarse insatisfecho. El porcentaje fue similar para el grupo de ancianos que no convivían con sus familiares. Respecto a los amigos, la mayor parte de los ancianos dijeron que estaban satisfechos con sus relaciones, aunque la proporción de los que declararon no tener amistades cercanas aumentó en los grupos de mayor edad, reflejando la pérdida de amistades por fallecimiento a medida que se prolonga la edad propia. De la relación con los vecinos, la mayoría declararon hallarse satisfechos, pero una proporción creciente con la edad indicó no tener contacto alguno con ellos. Es claro que la muerte de los amigos y el aislamiento impuesto por la discapacidad rompe las relaciones sociales y perjudica la calidad de vida.

Propiedad de la vivienda. Más de la mitad de los ancianos entrevistados eran propietarios de la vivienda que habitaban, proporción que llegó a tres cuartos en algunos grupos. En general las mujeres eran dueñas de la vivienda que habitaban en una proporción 10 % inferior a los varones.

Calidad de la vivienda. Se evaluó mediante nueve preguntas y un índice de calidad del alojamiento, calculado a partir de la proporción de viviendas en las que se identificaron problemas. La proporción de viviendas carentes de agua potable, electricidad, inodoro, baño o ducha varió de unos países a otros, como era de esperar, pero no se observaron grandes diferencias entre varones y mujeres o grupos de edad más o menos avanzada.

Situación financiera. Nueve de cada diez ancianos indicaron que tenían algún ingreso. Aquí no se tuvieron en cuenta los ingresos irregulares obtenidos de cultivos o animales de huertas o corrales familiares. Aunque es difícil valorar estos datos, ya que son muy variables y hay muchos factores de interferencia como los ingresos compartidos entre varios miembros de la familia, se intentó evaluar los niveles de ingreso mediante el cálculo de la mediana, que permitiera clasificar a la mitad con un ingreso superior y a la otra mitad con un ingreso inferior. Se concluyó que el ingreso medio tiende a disminuir con la edad, que los varones tienen mayores ingresos que las mujeres y que la variabilidad de ingreso se reduce al incrementarse la edad, presumiblemente cuando la gente pierde su capacidad de trabajo.

Cuando se preguntó a los encuestados cómo resultaban cubiertas sus necesidades básicas por sus ingresos actuales, entre la mitad y tres cuar-

tos del total contestaron "bien" o "muy bien" en dos países, mientras que en otros tres países entre la mitad y los tres cuartos de los ancianos respondieron que "mal" o "muy mal".

Respecto al origen de sus ingresos, más o menos la mitad de los varones del grupo de 60 a 64 años estaban empleados. La proporción disminuyó abruptamente en el grupo de 65 a 70, en el siguiente en relación con este, y así sucesivamente. La proporción de mujeres empleadas fue mucho menor y se redujo aun más allá de los 65 años.

La mayoría de los ancianos encuestados (entre 60 y 90%) recibían una pensión. Solo uno de cada 10 encuestados en tres países y una proporción ligeramente superior en otros dos no contaban con ingreso o pensión alguna. Esta situación fue más frecuente en las mujeres de 60 a 64 años.

Estado subjetivo de salud. Más de dos terceras partes de los encuestados contestaron que su salud estaba "bien", o que era "buena" o "muy buena". La proporción de ancianos que manifestaron que sus problemas de salud interferían "a menudo", "muy a menudo" o "siempre" en la consecución de sus objetivos se incrementó con la edad, y abarcó más de la mitad de los encuestados mayores de 80 años.

Visión. De un tercio a una mitad de los encuestados manifestaron que su visión era "mala" o "muy mala". No hubo diferencias según el sexo pero la proporción de deficiencia visual aumentó con la edad. El número de encuestados que indicó tener mala visión y que contestó afirmativamente cuando se le preguntó si había visitado a un oculista en los últimos seis meses varió mucho de un país a otro, pero en general no llegó a 50%. Aquí se puso de manifiesto una brecha considerable entre la magnitud del problema y la provisión de servicios para atenderlo, a pesar de que es casi siempre tratable y tiene graves repercusiones de incapacidad.

Audición. Uno de cada 10 ancianos menores de 80 años contestó que oía "mal" o "muy mal", pero en los grupos de mayor edad esta proporción ascendió a un quinto o incluso un tercio de algunos subgrupos. No hubo diferencias significativas en la distribución por sexos.

Salud dental. De un décimo a un tercio de los ancianos según subgrupos informaron tener dificultades para masticar la comida. En el grupo de más de 80 años, 50% indicaron que su salud dental era "mala" o "muy mala".

Los trastornos dentales muchas veces inducen al anciano a ingerir menos alimentos ricos en fibra, y favorecen así la aparición de estreñimiento, que a menudo se asocia con uno de los problemas más difíciles propios de la vejez: la incontinencia.

Capacidad para llevar a cabo actividades cotidianas. La encuesta mostró claramente que la mayor parte de los ancianos son independientes y activos. Más de 90% de los encuestados de menos de 80 años podían alimentarse, vestirse, bañarse, peinarse, acostarse y levantarse, controlar sus necesidades (micción y defecación), tomar sus medicinas y caminar por un terreno llano sin ayuda. Esta observación es de interés para desterrar las concepciones sesgadas inducidas por los

estudios centrados sobre las enfermedades y discapacidades en la tercera edad, que, a menudo, generan una visión demasiado pesimista sobre las posibilidades que tienen los ancianos de valerse por sí mismos.

La prevalencia de discapacidad se incrementa progresivamente con la edad y es relativamente alta en la población de más de 80 años, aunque la mayoría de este grupo de edad aún es capaz de llevar a cabo todas las tareas requeridas para la vida diaria.

La capacidad física se pierde lenta y progresivamente a partir de los veinte años, pero la incapacidad de una persona concreta para llevar a cabo cierta tarea solo aparece cuando se traspasa un umbral específico para esa función. Por ello las incapacidades concretas aparecen bruscamente y se van acumulando en un cuadro de discapacidad más o menos generalizado. Una persona se considera necesitada de ayuda personal cuando no puede realizar por sí misma una de las siguientes actividades: vestirse y desvestirse, peinarse, acostarse y levantarse, alimentarse, bañarse y usar el inodoro. Del grupo menor de 80 años la gran mayoría eran capaces de realizar todas estas actividades por sí mismos, pero la proporción disminuyó en gran medida al considerar el grupo mayor de 80 años. Ello no significa que haya punto de inflexión alguno alrededor de esta edad, sino que las incapacidades se acumulan progresivamente con el envejecimiento y la diferencia es muy notoria cuando se consideran ambos grupos.

Algunas discapacidades para la vida cotidiana son más inconvenientes que otras porque exigen ayuda más frecuente. Así, la incontinencia o la incapacidad para alimentarse exige una ayuda casi continua, mientras que la ayuda para acostarse o peinarse puede limitarse a alguna ocasión aislada a lo largo del día. Otro tercer grupo de discapacidades para la vida cotidiana, como la incapacidad para bañarse, exige ayuda esporádica que no ha de ser diaria. Considerando estos tres grados de discapacidad de mayor a menor importancia, en el primer grupo las proporciones fueron de 1:10 para los menores de 80 años y de 1:5 a 1:4 en los mayores de esta edad. En el segundo grupo las proporciones fueron similares y en el tercero la proporción correspondiente a los menores de 80 años fue de 1:20 ó 1:10 mientras que en el grupo de mayores de 80 fue de 1:5 ó 1:4.

La necesidad de auxilio para actividades tales como la preparación de las comidas y otras tareas domésticas se detectó en proporciones bastante mayores: entre un cuarto y un tercio de los menores de 80 años y alrededor de la mitad de los que excedían de esta edad.

La posibilidad de salir de casa por sí mismo implica la posibilidad de adquirir comida y otros efectos necesarios para la vida cotidiana. Por debajo de los 80 años, entre 10 y 20% de los encuestados manifestaron no ser capaces de moverse sin ayuda a un lugar cercano. La proporción correspondiente pasó de 50% en varios de los grupos de más de 80 años.

Tipos de atención y ayuda. Los cuidados más importantes que reciben las personas ancianas son los que se proporcionan ellas mismas y, en segundo lugar, la ayuda espontánea de amigos, vecinos y familiares. Una gran proporción de los encuestados indicaron que había alguien que los ayudaba en su vida cotidiana, pero una minoría importante que oscilaba de 10 a 30% contestaron que carecían

por completo de tal ayuda. Esta proporción fue más alta en mujeres. La razón de esta diferencia radica en la mayor proporción de varones que permanecen casados a estas edades, ya que la mayor mortalidad masculina genera gran número de viudas. Pero se debe también a una razón social: la incapacidad o la negativa de muchos varones de edad avanzada para hacer tareas caseras como cocinar, por desconocimiento o por prejuicios culturales.

En los varones de más de 75 años y las mujeres ancianas de todas las edades, la familia constituye la principal fuente de atención y ayuda. De entre los diversos familiares son con mucho las hijas las que más a menudo proporcionan ayuda a sus padres. Esto es importante porque la disminución del tamaño familiar y el aumento de la movilidad poblacional reducirán las posibilidades de que las familias brinden ayuda a los ancianos. Estudios realizados en países desarrollados indican que la provisión de servicios sociales no parece reducir la motivación de los familiares para proporcionar atención al anciano. Por el contrario, la provisión de asistencia brinda alivio a las familias y previene la ruptura.

Atención durante la enfermedad. Es mucho más fácil que amigos y familiares brinden asistencia en situaciones "críticas" que en circunstancias habituales. Por esta razón el porcentaje de ancianos que informaron que no había nadie que pudiera prestarles ayuda si caían enfermos (menos de 10% en varios grupos pero superior a este porcentaje en otros) fue bastante inferior al de los que contestaron que no había nadie que les ayudara con las actividades cotidianas.

Las cifras anteriores tienen gran importancia para la planificación sanitaria, ya que a menudo la demanda de servicios de salud y la posibilidad de hospitalizar a los enfermos solo el tiempo necesario para el tratamiento de la fase aguda depende de que estos cuenten con ayuda en su propio domicilio. Las tendencias demográficas actuales hacen que sea cada vez más difícil conseguir esta ayuda y ello probablemente generará una sobrecarga de los servicios sociales y de salud.

Uso de medicinas. Entre la mitad y los tres cuartos de la población estudiada tomaba regularmente medicinas prescritas por un médico. En casi todas las muestras la proporción de mujeres que tomaban medicinas excedió considerablemente a la de varones.

En tres de los grupos, las mujeres mayores de 80 años tomaban menos medicinas que las que no llegaban a esta edad. Esto parece deberse a actitudes y creencias de la gente mayor o a actitudes y prácticas profesionales de los médicos, ya que, evidentemente, en este grupo son más frecuentes los procesos patológicos susceptibles de tratamiento medicamentoso.

Uso de servicios hospitalarios. Menos de 10 de cada 100 encuestados informaron haber ingresado en un hospital o haber sido atendidos en una clínica hospitalaria en los seis meses previos a la entrevista. Esta cifra tan baja se explica por razones tales como las creencias —también difundidas entre la profesión médica— sobre el carácter "propio del envejecimiento" de problemas tales como incontinencia, debilidad, artritis o pérdida de la memoria. Pero también por la dificultad de los ancianos para usar transportes públicos, y por la existencia de normas hospitalarias explícitas o implícitas que dificultan el acceso de los ancianos a estos servi-

cios. Los planificadores de servicios sanitarios han de ser conscientes de que estos factores cambiarán con el tiempo y crearán así mayores demandas de acceso a los servicios hospitalarios, lo cual se añadirá al incremento real del número de ingresos hospitalarios de ancianos que deban ser tratados por cuadros agudos tales como fractura del cuello del fémur, que no admiten otra alternativa.

Los problemas y prioridades de los ancianos desde su propio punto de vista. En la encuesta se interrogó a los ancianos sobre una lista de 10 puntos (situación económica, salud, falta de servicios de salud, falta de servicios sociales, alojamiento, transporte, familia, aislamiento social, rechazo social y otros) pidiéndoles que indicaran el que más les preocupaba en su vida cotidiana. La situación económica y la salud fueron los dos problemas destacados en todos los grupos, pero la proporción de respuestas relativas a la salud aumentó a medida que se pasaba a grupos de mayor edad. Las preguntas sobre el grado en que encontraban satisfechas sus necesidades en lo relativo a dinero, salud, alojamiento, nutrición, vestido, necesidades sociales y necesidades de transporte revelaron que las necesidades económicas causaban la mayor proporción de insatisfacción. Entre la mitad y tres cuartos de todos los encuestados indicaron que sus necesidades económicas no se hallaban satisfechas. Más de un tercio manifestaron estar insatisfechos en cuanto a vivienda, alimentación, vestido y circunstancias sociales.

Conclusión. Los resultados preliminares de esta encuesta sobre necesidades de los ancianos constituyen una primera aproximación al objetivo de obtener una perspectiva general sobre las circunstancias sociales de la población de más de 60 años, que sea útil para planear y desarrollar programas dirigidos a este grupo de edad. Se ha avanzado también en el objetivo de identificar los grupos especialmente necesitados de atención urgente; estos resultados preliminares señalan a las mujeres de más de 75 años como grupo cuyos problemas demandan gran prioridad.

Primer Encuentro Latinoamericano de Gerontología

El 18 de junio del año en curso se celebró en Acapulco, México, el Primer Encuentro Latinoamericano de Gerontología (PELAG), organizado por el Programa de Salud de los Adultos de la OPS. El objetivo de esta reunión previa al XIV Congreso Internacional de Gerontología fue intercambiar experiencias relativas al envejecimiento y la atención a las personas ancianas en los países de América Latina. El tema principal del encuentro fue el de la política pública y los programas de atención a los ancianos. Después de discutirse diversos documentos se suscribió un pronunciamiento consensuado en el que, entre otros puntos, se señala la importancia de profundizar en el conocimiento de la situación de los ancianos en América Latina, se identifica la familia como elemento fundamental en la atención de los ancianos, se señalan las carencias económicas como factor de desventaja de la población anciana que ha de ser abordado a través de planes y programas de ayuda, y se da el mayor énfasis a la participación de los ancianos en la elaboración de planes de atención. □