

En sus recomendaciones sobre el apoyo del laboratorio, el grupo asesor técnico del PAI cree que sería apropiado que la OPS designe un número limitado de laboratorios para que reciban apoyo inmediato a fin de que puedan funcionar como centros internacionales de consulta. De acuerdo con las evaluaciones llevadas a cabo, el grupo asesor técnico sugiere que los laboratorios de Argentina, Brasil (FIOCRUZ), Colombia, Guatemala, México y Trinidad (CAREC) constituirían una elección apropiada para la primera etapa del desarrollo.

En investigación, las necesidades más urgentes se hallan en el área de la investigación operativa destinada a resolver los problemas existentes; por ejemplo, el sistema de la cadena de frío, la no aceptación de las vacunas, los instrumentos más eficaces de vigilancia en una determinada zona. Asimismo, se requieren más instrumentos básicos, como la prueba rápida de diferenciación entre el virus salvaje y el de las vacunas. Finalmente, el grupo asesor técnico del PAI cree que la OPS debería coordinar la preparación de un programa de investigaciones.

LA ATENCION A LOS ANCIANOS

El envejecimiento es el cambio demográfico más notable de esta época, causado, especialmente, por una disminución de las tasas de fecundidad. Ante esta nueva situación con la que se enfrentan los países, la OPS presta distintas formas de cooperación técnica; entre ellas, las publicaciones (*Hacia el bienestar de los ancianos*, Publicación Científica 492, cuya versión inglesa se titula *Towards the Wellbeing of the Elderly*), y el auspicio y organización de cursos, seminarios y conferencias. La información que se presenta corresponde a dos reuniones y en ellas se describe el panorama de este sector de población en seis países.

Del 28 al 31 de octubre de 1985, se celebró en Buenos Aires un seminario sobre políticas de atención a los ancianos en los países del Cono Sur (Argentina, Chile y Uruguay). Pocos días más tarde, del 18 al 20 de noviembre, en San José se llevó a cabo otro seminario que abordó la misma problemática en Costa Rica, El Salvador y Honduras. En ambas reuniones se puso de manifiesto el creciente interés concedido por las autoridades de los países participantes en la elaboración de políticas coherentes para la atención integral del anciano y en la coordinación de recursos humanos y organismos gubernamentales y no gubernamentales, así como la evidente necesidad de actualización de los sistemas de seguridad social en relación con los ancianos.

Los informes finales elaborados al término de los dos seminarios hacen un balance de la situación de la población de 60 años y más en cada país participante y dan a conocer las respectivas instituciones que atienden sus necesidades. Por último, presentan unas conclusiones generales y esbozan el camino que puede seguir cada país en el ámbito de las prestaciones sociales y de salud a la población anciana.

Situación de los ancianos en los países del Cono Sur

Argentina. En 1980, la Argentina contaba con 2 300 000 personas de 65 años y más, que corresponden a casi el 12% de la población total del país. De esta cifra, el 77% residía en grandes centros urbanos y mientras el 97,2% vivía en hogares particulares, el 2,8% restante residía en centros geriátricos, hospitales y pensiones.

El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), institución creada en 1971, brinda servicios médicos y sociales al 60% de las personas de 60 años y más, titulares del régimen previsional nacional y de sus familiares directos a cargo. Del 40% restante, una parte recibe atención de obras sociales de la administración nacional, provincial, municipal y sindical. El INSSJP y la Secretaría de Desarrollo Humano y Familia establecieron un convenio que permitiría a un gran número de ancianos recibir los beneficios que aquel ofrece y, por otro lado, incluiría a los ancianos en estado de pobreza entre los beneficiarios del nuevo Seguro Social de Salud, cuya proposición fue enviada al Congreso.

Chile. El Consejo Nacional de Protección a la Ancianidad (CONAPRAN) se ocupa de atender las necesidades de los ancianos desvalidos. Sus programas de atención al anciano se desarrollan en hogares, centros diurnos, clubes de ancianos, comedores y otras ayudas menores. Por otro lado, el Centro Geriátrico del Servicio de Salud Metropolitano Oriente atiende las necesidades de rehabilitación y recuperación de la salud de los ancianos mediante programas asistenciales de larga estancia a pacientes que se valen por sí mismos.

En 1980 se cambió el sistema de funcionamiento de la Previsión Social pasando del método de reparto al de capitalización individual. En la última década también se ha instaurado el sistema de pensiones de fondo no contributivo.

Uruguay. En 1985 la población mayor de 65 años constituía el 11% del total, y este porcentaje tendía a incrementarse.

En el país no existen servicios específicos dedicados a la atención médica del anciano, aunque cabe reseñar el Hospital Hogar Luis Piñeyro del Campo, que acoge a unos 625 residentes, y la notable experiencia aislada de un hogar de ancianos en el interior del país, departamento de Salto, que depende del hospital de la capital de dicho departamento y que recibe financiamiento del Ministerio de Salud Pública; se alojan allí 80 ancianos que se valen por sí mismos. Por otra parte, en el país hay 33 hogares comunitarios que albergan a unos 1 200 ancianos y en las denominadas casas de salud (habilitadas o clandestinas) se acoge a unas 5 500

personas mayores. Asimismo, hay un buen número de organismos no gubernamentales dedicados a promover múltiples actividades entre la población anciana.

Es importante destacar que las prestaciones que brinda al anciano la Seguridad Social prácticamente son de tipo económico. Finalmente, para quienes por motivos de edad o por lo precario de sus ingresos se consideran como más vulnerables o se encuentran en estado de extrema necesidad, se creó un programa de ayuda a importantes sectores de la población del país denominado Solidario de Emergencia Invierno 1985. Para recibir esta pensión no es necesario haber hecho ningún tipo de aportación ni probar ninguna forma de actividad.

Conclusiones y propósitos inmediatos. Se coincidió en señalar que, excepto en Argentina, las políticas, planes y programas han sido y son débiles, muy limitados en cobertura y mayormente inclinados hacia los aspectos de beneficencia y la atención del anciano enfermo, preferentemente en instituciones de larga estancia. Se ha dado poca importancia a los demás aspectos: participación social, beneficios de seguridad social, trabajo, recreación, educación, vivienda, transporte, asistencia jurídica, seguridad personal, etc. En relación con los servicios de salud, se destacó que se han dejado de lado las actividades de promoción de la salud y la detección temprana de las afecciones. Finalmente, la limitación de información adecuada y oportuna, conjuntamente con la escasez de investigación médico-social en el área de la vejez, ha sido uno de los factores decisivos para que el problema no se haya apreciado en su real magnitud y proyección.

La delegación argentina informó que los programas en desarrollo pretenden establecer un sistema de atención que prevea desde acciones en prevención primaria hasta cobertura de problemas médicos y sociales graves. Asimismo, comunicó que se favorecerían los mecanismos de participación y ayuda mutua entre los ancianos para afianzar su permanencia en sus grupos primarios. Por su parte, la delegación chilena consideró que la tendencia al envejecimiento de la población obliga a identificar y aplicar soluciones integrales de acuerdo a sus recursos. Para ello señaló que era necesario instaurar un procedimiento de coordinación intersectorial, debiendo definir la institución responsable de dicha política los objetivos generales y las actividades y acciones que se tendrían que llevar a cabo. Por último, la delegación uruguaya decidió promover la creación de una comisión intersectorial con la finalidad de fijar las políticas y normalizar las acciones que se realizarán en el campo de la atención a la población anciana, así como respaldar la implantación de unidades geriátrico-gerontológicas para brindar una atención integral al anciano, incluyendo su apoyo social.

Situación en Costa Rica, El Salvador y Honduras

Costa Rica. En 1984, las personas de 60 años y más constituían el 6% de la población total del país, 2 599 503 habitantes, y se esperaba que para el año 2000 serían el 7,3%.

El organismo gubernamental asesor y coordinador respecto de la definición y ejecución de una política integral para la población anciana es el Consejo Nacional de la Tercera Edad, coordinado por el Ministerio de Salud. Está integrado, entre otras instituciones, por varios Ministerios y por la Caja Costarricense de Seguro Social y el Instituto Mixto de Ayuda Social. En el ámbito no gubernamental existen distintas instituciones que trabajan en este campo, tales como la Asociación Costarricense de Geriátría y Gerontología, la Asociación Costarricense de Salud Pública, la Asociación Gerontológica Costarricense, Caritas de Costa Rica, Pastoral de la Tercera Edad y la Junta de Protección Social de San José.

El Salvador. En 1985, la población anciana de El Salvador representaba el 5,4% del total, 4 772 529 habitantes, mientras que para el año 2000 se estimaba en un 6%.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social brinda en forma gratuita servicios médico-hospitalarios a toda la población del país. Determinados sectores de la población jubilada reciben prestaciones de otras instituciones, como el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, la Administración Nacional de Telecomunicaciones y la Dirección de Bienestar Magisterial. Los servicios de asistencia social prestan su ayuda a través de siete centros de atención de ancianos que funcionan en las principales ciudades del país. Además existen cinco centros de carácter privado, patrocinados en su mayoría por entidades religiosas. Finalmente, la Dirección de Bienestar Magisterial, dependencia del Ministerio de Educación, brinda asistencia social a los maestros jubilados.

Honduras. En 1985, la población mayor de 60 años constituía el 4,5% del total de habitantes del país, 4 100 000. En general, la población anciana se concentraba en los departamentos de menor desarrollo socioeconómico (61%).

En 1975 el Instituto Hondureño de Seguridad Social puso en marcha el programa de pensiones para la vejez, que actualmente atiende en su mayor parte a pensionados residentes en las dos ciudades más importantes del país, de modo que se evidencia la falta de protección a la población rural en este tipo de servicios.

Las instituciones que se ocupan de los ancianos son el Instituto Nacional de Jubilaciones y Pensiones, que abarca a los empleados del poder ejecutivo; el Instituto de Prevención del Magisterio, cuyo propósito es la orientación y capacitación de las personas en proceso de jubilación y las ya jubiladas y pensionadas, y el Hogar de Ancianos de la Cruz Blanca, que se autofinancia, pero que alberga a pocas personas.

Propósitos inmediatos. La delegación costarricense insistió en que se debía ahondar en una planificación integral, multidisciplinaria e intersector-

rial y que era necesario un ente rector que defina claramente las funciones institucionales e integre los programas de la población anciana. Por su parte, la delegación salvadoreña convino en sensibilizar a los diferentes niveles institucionales de su país con vistas a mejorar y aumentar los servicios de salud para la vejez. Por último, la delegación hondureña estableció estrategias de intervención tales como la incorporación a la política nacional de salud de los programas dirigidos al anciano, la organización de un grupo multidisciplinario e interinstitucional encargado de dirigir, ejecutar y coordinar las políticas y programas para los ancianos, y la legislación sobre los derechos de la población mayor.

DEBATE SOBRE SALUD EN EL BRASIL¹

La magnitud y la representatividad convirtieron a la 8a. Conferencia Nacional de Salud en el debate sobre política del sector más importante de la historia del Brasil. Del 17 al 21 de marzo de 1986 se reunió esta Conferencia en Brasilia convocada por el Ministerio de Salud. A ella asistieron el Presidente José Sarney, autoridades de salud y representantes de la sociedad en su conjunto: de partidos políticos, sindicatos, federaciones, asociaciones de profesionales de la salud. Los delegados y participantes se dedicaron durante cinco días a profundizar los siguientes temas: la salud como derecho, la reformulación del sistema y el financiamiento del sector.

El Informe Final de la Conferencia muestra una sorprendente unanimidad de posiciones y un conjunto de propuestas cualitativamente más avanzadas que las formuladas en conferencias anteriores. El Informe refleja un proceso de discusión que se había iniciado en conferencias preparatorias, de los estados y de los municipios, y que culminó en la participación de más de 4 000 personas, reunidas en 135 grupos de trabajo y discusión y en la reunión plenaria final.

Se establecieron dos niveles de discusión: uno que tuvo lugar durante los trabajos de grupo y otro que se concretó en la reunión final. El proceso de participación, democrático y representativo

¹ Tomado del *Boletín Informativo* No. 4 de la 8a. Conferencia Nacional de Saúde, Brasilia, Brasil.