

## Políticas Nacionales

---

Dr. Juan del Canto  
*Ministerio de Salud*

---

Se ha mencionado que se desconoce lo que es envejecimiento, se ha geriatrizado al adulto mayor y eso tenemos que desmitificar. Porque dicen, cumplí 60 años y ya tengo que empezar a cuidarme. Craso error, tenemos que empezar a cuidarnos, desde las primeras etapas de vida. La Organización Mundial de la Salud ha cambiado su forma de pensar, y ahora habla de “curso de vida”, tan es así que representantes de envejecimiento ya han asumido también la responsabilidad de curso de vida y envejecimiento, lo cual celebramos y eso nos va a facilitar el trabajo.

El Ministerio de Salud tiene más de 8 décadas desde que fue creado y comenzó a tratar el tema del niño desde esa época, y continuamos trabajando el tema de niño y se sigue invirtiendo en el tema de niño, sin embargo, el tema adulto mayor comienza el 4 de febrero del año 2004, comienza hace 12 años, lo empezamos un poco tarde. Tan es así que en febrero de ese año no contaban con ninguna información referida al adulto mayor, porque todo estaba mimetizado en el tema adulto, o eran mayores de 15 o menores de 15 en la información.

Voy a hacer un breve recuento, se han referido a la primera y segunda Asamblea Mundial. En la primera participa Perú a través de un profesional de la salud que ocupa la vice-presidencia, no tenemos mayores datos, salvo que se crea el Instituto de Gerontología en Cayetano Heredia. Estamos buscando información porque es parte de la historia y así es como debemos construir, tenemos solamente ese dato. Allí en 1982 se hablaba que el mundo está envejeciendo, después de 20 años se realiza la segunda Asamblea Mundial para ver qué es lo que se había hecho desde el año 82.

Participan representando a nuestro país el Ministerio de la Mujer donde se compromete a trabajar. Hasta ese momento, 2002 en el Ministerio de Salud no se trabajaba el tema adulto mayor.

En el 2003 se realiza una reunión en Santiago de Chile, para ver qué se iba a hacer a nivel de la Región de las Américas sobre lo acordado a nivel mundial, y participa la Universidad Peruana Cayetano Heredia a través de los geriatras del Instituto de Gerontología y se consiguen algunos trabajos, tareas para trabajar el tema. Hasta ese momento, tampoco se hablaba del adulto mayor en el Ministerio de Salud. En junio del 2003 podemos decir que se habla del tema adulto mayor, ¿por qué? Bueno en lineamientos estábamos en el objetivo 3, que es disminuir el control de las enfermedades no transmisibles, sin embargo, todavía tenemos enfermedades transmisibles que es un problema nacional. Lo de crecimiento poblacional ya lo han mencionado. Según estimaciones al 2016 hay 3 millones 618 mil 612 personas adultas mayores en el país y representan el 9.9% de la población actual. Lo cual quiere decir que de 100 personas 10 son personas adultas mayores de 60 años. El país está envejeciendo, está envejeciendo muy rápido y no en las mejores condiciones.

Moquegua, en comparación con las otras regiones tiene un alto porcentaje de personas adultas mayores. Madre de Dios, y zonas de frontera como Tumbes, son las que tienen menos personas adultas mayores. Pero, nuestro tema es trabajar el país en general pensando en todos los adultos mayores incidiendo, en los menos favorecidos.

Un determinante de la salud es la situación de pobreza en el adulto mayor, 18%. Porcentaje muy alto para trabajar y si a eso le asociamos el analfabetismo en zonas rurales, es muchísimo más alto, y en la mujer mucho más todavía. Entonces en salud donde la pobreza no se consigue reducir, donde el analfabetismo continúa siendo alto, donde los medios de comunicación no ayudan, donde no hay seguridad, donde los otros sectores no están colaborando, la policía no está colaborando, no está colaborando educación, no estamos trabajando de manera articulada, nuestro trabajo en salud es mucho más complejo y más difícil. Estos determinantes de salud se tienen que trabajar de manera articulada, y nosotros somos parte de ello, y de la solución.

El Modelo de Atención Integral aprobado el 2011, es la nueva versión porque la primera se aprueba en mayo del 2003. En el documento del año 2003 se habla de atención integral por etapas de vida y en donde aparece la palabra adulto mayor, aparece como un grupo poblacional y allí recién se comienza a trabajar porque se convoca a un grupo de profesionales. Éramos muy pocos los profesionales que trabajábamos, en mi caso en medicina preventiva que veía el tema de envejecimiento y gerontología, geriatras eran pocos y entonces se comienza a formar el equipo muchos de ellos del Instituto de Gerontología, por no decir casi todos los integrantes del Comité de Expertos y de otras instituciones, se conforma un comité y se comienza a elaborar la historia clínica para el adulto mayor en el año 2004, pues estábamos usando la historia del niño.

Se comienza a hablar por primera vez qué era la valoración clínica integral del adulto mayor, no se conocía ese término, no se conocían muchos términos en geriatría. Entonces era hablar en un lenguaje totalmente diferente a lo que el país estaba acostumbrado. Ha sido todo un reto y agradezco a todo el comité y a todas las personas que colaboraron, porque comenzamos un grupo muy pequeño y que ha crecido y deberá seguir creciendo si queremos cambiar el perfil de este país para llegar al bienestar. Entonces, este es el modelo referencial, en el cual, como es actualizado porque en el primero era muy operativo, este documento ya habla de determinantes sociales, habla de responsabilidades nacionales, regionales y locales. Ya digamos una versión mejorada de Atención Integral.

Tenemos la Ley de Aseguramiento Integral, en este país todas las personas tenemos derecho de tener algún tipo de aseguramiento. A nosotros como la parte de salud pública el SIS. Personas adultas afiliadas al SIS y a EsSalud es un dato que nosotros pedimos anualmente porque tenemos que presentar al Congreso todos los años, por lo que tenemos que solicitar la información a las 14 estrategias nacionales, a todas las Direcciones de Promoción, para hacer el análisis y tomar las decisiones. En este caso tenemos información del 2013-2015 donde las personas afiliadas son 3 millones 64 mil 267, la brecha es cada vez menor y la población que nos falta es la más pobre, mucho más alejada, están en medio de nuestra Amazonía, están en los lugares más alejados de la sierra que son semi analfabetos que no saben sus derechos. Por tanto es importante que en un trabajo conjunta con el Ministerio de la Mujer (Midis) reducir esa brecha y que todos los peruanos tengamos un DNI, un Seguro Integral y quienes no tienen trabajo o por alguna razón, tengan la pensión 65. Es una deuda que tenemos con esa población que construyó este país.

Inmunizaciones: Las Inmunizaciones comienza recién en el año 2010, con la incorporación de la vacuna contra la influenza. Ha ido mejorando y nuestra intención es que toda la población como en otros países estén vacunados y vacunados en el momento, no esperar a que tengamos friaje para vacunar. Nuestro país es tan complejo, nuestro clima tan variado que cuando unos están en verano otros están en frío, es decir, tenemos que tener la preparación adecuada y los insumos adecuados, infelizmente no podemos presentar datos. Essalud nos debe dar la información para completar, pero estamos trabajando. Sobre la vacuna antineumocócica. Esperemos que con esta nueva gestión ya se haga la propuesta para que se incorpore esta nueva vacuna para personas adultas mayores, digamos nueva para nosotros porque ya en niños se está usando. Y con esto estaríamos contribuyendo en las acciones de prevención.

Salud bucal era un tema en este país. El 99.9% de nuestros adultos mayores tienen problemas de salud bucal. Existe un plan aprobado 2012-2016. Después del 2016 se continuará trabajando para las personas con Seguro Integral que tienen asegurado a nivel regional y por descentralización el tema de

la evaluación en salud bucal. Si necesitan hacerse prevención, profilaxis, curación, extracción y prótesis, esto es cubierto a través del Seguro Integral. Por ejemplo del 2012-2015 el número de tamizados adultos mayores, número de prótesis, está disminuyendo el número de prótesis, pero todavía nos falta continuar trabajando, cosa que antes veíamos muy lejano, porque cuando comenzamos, les decía, no teníamos ningún dato, hoy ya podemos decir que tenemos un dato y permanentemente lo estamos actualizando porque nos lo exige la ley.

Personas adultas mayores en salud mental era un tema que no lo visualizábamos. Lo visualizábamos tal vez a través de los medios en que el Ministerio de la Mujer acudía porque una persona estaba con demencia, era agredido, etc., etc., pero como Ministerio de Salud, no teníamos esos datos. Hoy con el grupo que venimos trabajando estamos haciendo incidencia y ya podemos contar con información para 2012-2013 para las atenciones, tamizajes. Entonces es un tema que para resolverlo necesitamos datos. Hoy ya lo tenemos por Regiones, el número de profesionales de salud mental está creciendo y estamos capacitando a personas que no son trabajadores de salud mental, porque ustedes saben que el primer nivel de atención en este país no tenemos la cantidad suficiente de profesionales en general y uno de ellos es en salud mental.

Tenemos un convenio de cooperación entre el Midis, Minsa y SIS. El SIS comenzó el 2012 y hay algo que reconocer, que el gobierno que acaba de dejar sus funciones promovió el tema del adulto mayor, por parte de pensión 65 y esto facilitó al Minsa la campaña de sensibilización, atenciones integrales la mayoría de promoción y prevención. Porque en una campaña de un domingo no pretendíamos resolver los problemas de salud de muchos años. Entonces, aprovechamos de vacunar, de orientar, de dar la información y digamos de captar personas que en muchos momentos encontramos que necesitaban ser atendidas, por problemas de un tumor, de alguna molestia que era emergencia, e inmediatamente eran trasladadas. Me consta que hacíamos las gestiones para trasladar a personas. Se hizo muchas campañas y este Convenio se ha extendido hasta el 2018 y este nuevo gobierno debe continuarlo, tal vez superar al que comenzó el gobierno que se ha retirado. Esta ha sido

una oportunidad porque hemos trabajado a la mano y fue horizontal. Hay cosas buenas y hay cosas malas. Las cosas buenas hay que reconocerlas, y como yo siempre dije que el Sr. Presidente que se retiró y su señora, pueden haber tenido todos los problemas que hubieran tenido, pero cuando hacíamos las campañas, en mi caso, Coordinador Nacional, igual tenía que ir con mi martillo y mis clavos a armar la campaña, era un trabajador más. Pero si tengo que reconocer en ese momento el Sr. Presidente y la Primera Dama mandaba un agradecimiento al Ministerio de Salud, porque se respaldaba al Ministerio porque dice Ministerio de Salud cumple con las tareas, a pesar de todas las dificultades porque no teníamos presupuesto para armar las campañas, pero era la gestión con la Municipalidad, organismos no gubernamentales y dinero sacábamos de donde no había, pero el hecho es que estábamos presentes y eso nos ha servido un poco para avanzar el tema adulto mayor.

Tenemos esperanzas en nuestro Presidente, es una persona adulta mayor, tenemos una ministra que estamos convencidos que sabe el tema de envejecimiento porque ya lo hemos conversado, ella sabe lo que es el envejecimiento, está sensibilizada. O sea, tenemos una aliada más y esperemos que su equipo de gestión de igual manera colabore con nosotros.

Se han hecho más de 3 mil campañas a nivel nacional. Cada vez que había un pago, en los lugares de pago se hacían campañas de atención integral. El Plan Esperanza también, el cáncer para el adulto mayor. Hay mucha información que se encuentra en la página web del MINSA. El hecho es que una persona tiene que tener promoción de la salud, que por allí tiene que comenzar, la promoción, prevención y el tratamiento. Si hay prevención se podrá evitar muchos tratamientos que son costosos, no solamente para el sistema de salud sino para la persona y la familia. Son enfermedades catastróficas y muertes que se pueden evitar.

Salud ocular es otro tema. El tema de cataratas acá está, no solamente es el Minsa, nosotros trabajamos con información del Minsa, nosotros trabajamos con información de EsSalud, del Centro Médico Naval, la Fuerzas Armadas y Policiales, del Hospital de la Policía Nacional tenemos del año 2015, 25 mil 765 casos con cataratas, cosa que antes de iniciar este plan del 2012



no se trabajaba el tema. Pasaban desapercibidos si estaban ciegos, o tenían cataratas. Hoy se puede decir que sí se está trabajando, que esto no puede parar.

Acaba de ser aprobada la nueva ley, pero la ley antigua con todas las fortalezas y debilidades, mencionaba la creación de los CIAM, Centros Integrales, el artículo 9no. atención integral de salud, el artículo 17 decía impulsar la geriatría y la gerontología. Está escrito en la ley, pero ¿Cuánto se ha hecho en el Ministerio de Educación y en los que están involucrados? Hay poca oferta para trabajar, para formar geriatras y gerontólogos. Entonces, es un reto. El artículo 18 habla de incorporar en la currícula contenidos sobre envejecimiento. Tenemos que incorporar en la currícula el autocuidado y el envejecimiento, porque si estos niños no hacen actividad física, comen comida chatarra, están sentados en los computadores, están con el audífono, ellos son los que nos van a gobernar de aquí a poco. Y son personas que ya van a estar discapacitadas antes de cumplir la mayoría de edad. Porque ya los jóvenes están con algunas adicciones como por ejemplo el juego de Pokemon, y ya ha provocado muertes. Y como caso anecdótico aquí en Lima dos chicas estaban jugando el pokemon Go se han chocado y las dos se han caído. Sucedió aquí en Lima, y ellos son los que nos van a gobernar, la generación Pokemon. Con la nueva ley 30490 esperamos que reglamente y subsane algunas deficiencias, porque voy a ser honesto, la propuesta de salud fue trabajada por todo un equipo de especialistas y no fue la que aparece en la ley. Pero estamos decididos que en el reglamento se coloquen las deficiencias. Ya estamos en coordinaciones con el Ministerio de la Mujer, porque el día lunes 15 a las 10 de la mañana la PCM tiene una reunión con el Ministerio de la Mujer para comenzar a trabajar el reglamento. Me inviten o no, yo he pedido estar presente, sin voz ni voto, pero estaré presente para proteger a nuestros adultos mayores.

Entonces, el artículo 19, (en la anterior ley era el artículo 9) atención en salud de la persona adulta mayor tiene derecho a la atención integral en salud, el gobierno nacional, el gobierno regional y locales, realizan intervenciones de promover, prevenir, atender y rehabilitar la salud de las personas adultas mayores. El Minsa y Essalud son los encargados de promover los servicios diferenciados. Faltaron Fuerzas Armadas, Policiales, Navales, privados y el resto.

Marco legal: Política nacional, que casi nadie la conoce desde el 2011. La Ley 27783, ley de base de descentralización que tampoco nadie la conoce. Por qué, base de descentralización dice, los gobiernos regionales son responsables y ellos tienen que elaborar su plan regional de salud y hay que trabajar con los gobiernos regionales y los gobiernos locales.

Ley orgánica de gobiernos regionales en el artículo capítulo 2, Funciones Específicas artículo 49, funciones específicas en materia de salud. Están las 16 funciones, ya fueron transferidas, pero qué pasa. Como hay algunos vacíos, los gobiernos regionales cuando les conviene dice no, yo soy el autónomo, pero cuando a alguno le ven la deficiencia le dicen no, la responsabilidad general es del Minsa. Entonces tenemos que las leyes están dadas. Si hay alguna deficiencia tenemos que enmendarla.

Está la ley orgánica de gobiernos municipales que también dice en el artículo 80, Saneamiento, salubridad y salud, tiene que trabajarse con la municipalidad, es su responsabilidad.

Marco legal referido a las personas mayores: Como anécdota mi jefa me dice, "tráeme todo lo poquito que hayamos hecho sobre el adulto mayor". "Dra. Disculpe no es tan poquito". Nuestro equipo ha trabajado bastante, nos falta mucho, pero no creo que sea tan poco. Está, por ejemplo, un sudoku, que es para población que sabe leer y escribir. Esto es trabajado por la Oficina de Comunicaciones, hay que darle mérito a la Oficina de Comunicaciones, lo ha sacado con su presupuesto del Ministerio de Salud. Estos son de la organización de los círculos de adultos mayores, autocuidados, por esas cosas, ironías del destino, también la única etapa de vida que ha sacado un rotafolio de autocuidado es el adulto mayor. Y el autocuidado debemos comenzar en todas las etapas de la vida. Y si leemos este documento, es válido para cualquier etapa de vida.

Lineamientos fue el primer documento, porque cuando se entra al Ministerio de Salud no había ningún documento. Cuál va a ser nuestra ruta de trabajo para trabajar el tema del adulto mayor. No existía. Entonces, fue el primer documento lineamientos, la norma técnica, el modelo que ya vimos, también fuimos los primeros en valoración nutricional para el

adulto mayor, reglas de oro para un envejecimiento saludable, y todo está sustentado en el Plan de nuestro ente rector en el tema de bienestar que es el Ministerio de la Mujer. Esto lo estamos lanzando en el siguiente mes de todas maneras, la libreta de salud del adulto mayor. Pedimos la autorización al gobierno del Brasil y nos ha autorizado y la hemos adaptado, la hemos peruanizado y la hemos mejorado. Y todo esto trabajado con el comité de expertos. Allí habla de control de glucosa, control bucal, salud mental, habla de CATs allí, por tanto, hay que comenzar a capacitar a todo nuestro personal.

Documentos ya propios del ministerio. Ya hablamos de adulto mayor a partir de los 60 años. La Organización Mundial de la Salud dice que es a partir de los 60. Lo pueden adoptar a los 65 años, si mi población fuera menos pobre, todos alfabetos, entonces la situación sería diferente. Entonces se tuvo que modificar, tenemos lineamientos que ya los mencioné, la norma técnica, de gestión de historia clínica, guía para llenar la historia clínica porque es una historia totalmente nueva, teníamos que tener una guía de llenado del rotafolio, el Plan Nacional de lucha contra la ceguera, los 10 pasos para una alimentación y nutrición saludable para adultos mayores, guía para la práctica de prevención de control de enfermedades hipertensiva, guía para la práctica clínica de tamizaje de detección, diagnóstico y tratamiento de cataratas, norma técnica que establece el esquema nacional de vacunación, Plan Nacional de intervención de rehabilitación oral con prótesis removibles en el adulto mayor, ley para las personas con discapacidad que muchos de ellos están contenidos para el adulto mayor, guía técnica para la valoración nutricional. Se ha realizado un estudio de salud, bienestar y envejecimiento, que es un estudio nacional, y nos va a decir en blanco y negro cuál es la situación real de nuestro país, en el tema adulto mayor, no solamente es salud, también bienestar y envejecimiento.

Nosotros somos una parte del bienestar, falta educación, alimentación, vivienda, saneamiento básico, cultura hábitos y costumbres, recreación y seguridad ciudadana, ingresos, agricultura, educación, salud, minería, todos los sectores, gobierno nacional, regionales, locales. Si todos trabajamos vamos a tener bienestar.

Vamos a suponer que salud funciona maravillosamente bien, perfecto, pero que pasa si los otros sectores no

contribuyen. Esta es una realidad, es anecdótico es un caso en una zona del Marañón. Se trata de una niñita que la encontré por casualidad cuando se estaba recuperando, estaba con desnutrición y parásitos y todo lo que nosotros nos imaginamos. De casualidad después de 3 o 4 meses la vuelvo encontrar, pensé que era otra persona y le pido que si por favor podía tomarle una foto y me dice que sí. Entonces le digo si puedo pedir permiso a su abuelita. "No, es mi mamá me respondió" Estas personas ya definitivamente están en desventaja. Tenemos que seguir cuidando a nuestra población. Porque muchas de estas personas están más o menos en esta situación, con escaras, en abandono, y nosotros necesitamos que el adulto mayor viva con bienestar y tengan una muerte digna, porque todos vamos a llegar a esa situación, pero morir dignamente.

## Discusión y Conclusiones

Algunos puntos que quisiera hacer recordar es que el proceso de envejecimiento es un proceso continuo, nadie envejece cuando cumple 60 años ni cuando cumple 65 y eso es algo que no debemos olvidar. Así mismo, hay muchas incoherencias, por ejemplo, hablamos de adultos mayores a partir de los 60 años, sin embargo, existe una pensión 65, en todo caso debería ser una pensión 60, salvo que uno tome 65 como la edad de jubilación y por eso se dé la parte económica.

El portal del Ministerio de la Mujer no tiene escrita la ley, la última ley que se ha promulgado. Es increíble. Ustedes entran al portal y no van a encontrar la ley publicada, está la del 2006. Alrededor del 10% de la población peruana es adulto mayor. Sin embargo, se consume más del 25% de todos los recursos médicos y económicos y cifras que nos han alarmado realmente en institutos armados mucho mayor. La atención geriátrica debe ser hecha solo por los geriatras. Imposible. Somos alrededor de 150 geriatras digamos colegiados. ¿Qué tenemos que hacer? Probablemente tenemos que enseñar a los médicos generales y a los médicos internistas de geriatría, pero el problema no es solamente médico, como hemos mencionado desde un inicio, este es un problema muchísimo más grande donde tienen que estar involucradas diferentes aspectos de la parte médica y de la sociedad. Abogados, arquitectos, etc., etc., para que participen de todo este proceso.

¿Quién es la entidad rectora? ¿Es el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables o es el MINSA? Es toda una contradicción. O de lo contrario necesitamos más leyes. El Dr. Del Canto nos ha atiborrado, disculpen la expresión de todas las leyes, manuales, proyectos y cosas que tenemos. El problema no va por allí, obviamente. ¿Cuántas personas en la sociedad y cuantos adultos mayores conocen de sus derechos ante la ley y cuantos los reclaman? Entonces, definitivamente tenemos un gran problema. Después de haberlos escuchado a los cuatro digo, todo está resuelto, la comunidad, una serie de acciones en EsSalud, en las Fuerzas Armadas en el Ministerio de Salud.

Todos sabemos que nada está resuelto. Entonces, ¿Dónde está el problema? Está simplemente en falta de coordinación, falta de dinero, la Organización Mundial de la Salud dice que, con dos dólares por habitante, podemos mejorar el estado de salud de la población, por la política de comunicación, lavado de manos, en cuidados, ejercicio, comida sana, etc., etc., eso está escrito y se ha demostrado realmente. ¿Es un problema de dinero?, entonces no necesariamente es un problema de dinero. Entonces estos son muchísimos temas que podríamos conversar, discutir, lamentablemente tenemos muy poco tiempo. Se abre el debate por cinco minutos.

**Dr. Calderón:** La distribución poblacional de un país tiene otro aspecto sumamente interesante que es la cuestión económica. Un país debe tener la fuerza apropiada de trabajadores para que mantenga la producción y mantenga a los adultos mayores, tan es así que China por ejemplo, que hace años tenían la política de un hijo por familia ahora cambiarían dos hijos porque se habían dado cuenta de que se estaban quedando sin fuerza laboral. Y hablando de fuerza laboral, acá nos hemos ilusionado mucho con las profesiones universitarias y hemos descuidado la fuerza laboral que usa brazos y eso también tiene que verse porque vamos a entrar a un país de puro intelectual y ningún trabajador.

**Dr. Peña:** Bueno, a mí me parece que la forma cómo terminó el Dr. Penny su comunicación, estaba incidiendo en algo tremendamente importante, que es que mientras no se cambie la ideología, la filosofía

y la importancia trascendental que se le debe dar no solamente como estamos plenamente, que mientras no se modifique la importancia trascendental que tiene el ser humano y la ideología y la filosofía dentro del vínculo y de la relación con el paciente, esto no se va a modificar.

El problema no es simplemente todo lo que se dice desde el punto de vista biológico y toda la ilustración que se ha dado y muy importante. Sí, yo no entro a criticar a cuestionar eso, pero mientras no se realice una actitud psicoterapéutica de profesionales preparados en la materia y en la salud mental, no habrá cambio. Se ha hablado mucho de integralidad. No se ha pronunciado la palabra psicoterapia, ni se ha incidido en sus aspectos. No solamente hay una psicoterapia individual, sino de una psicoterapia de pareja, de familia, de grupo, de comunidad y realmente con elementos que provienen de este conocimiento. Y al mismo tiempo también plenamente de acuerdo con los aspectos sociales que mientras no se modifiquen ciertas pautas de inclusión social, un término del otro gobierno, del gobierno pasado. Lo importante es que sea auténtica y que realmente se intente superar la pobreza y la diferencia tan abismales que existen entre la gente que tiene y la gente que no tiene. Hay colegios en donde enseñan a adolescentes pobres a matar por 100 soles, de tal manera que el aspecto mental y el aspecto psicoterapéutico, es fundamental para contribuir a mejorar esta situación. Y termino mencionando a dos psicoanalistas en Londres que han comunicado y han escrito dos trabajos fundamentales sobre el adulto mayor, que son la Dra. Pershing y la Dra. Seagal, que son realmente luminosos y lo trasmito para que se pueda conocer esta contribución.

### Cierre de la sesión

**AA Dr. Eduardo Penny:** lamentablemente tenemos que cortar la reunión. A nombre de la Academia y del mío propio quiero agradecerles sus excelentes ponencias. Nos han clarificado una serie de puntos. No tomen a malo lo que les he dicho, pero realmente todos los que manejamos adultos mayores sentimos muchas frustraciones a pesar de que tenemos muchísimas armas, no tenemos todas las que quisiéramos.