

Discurso en Lanzamiento de Centro de Geriatría UC-OMS
SANTIAGO, 3 de octubre de 2005

Quisiera señalar, en primer lugar, que estoy contento de poderlos acompañar en esta ocasión. Esta ocasión en donde este centro tiene ahora una nueva categoría al ser designado como un centro colaborador de la Organización Mundial de Salud, en el desarrollo de políticas de salud para hacer frente a los desafíos generados por el envejecimiento de la población.

Creo que esto, en cierto modo, es un reconocimiento de lo que se ha hecho aquí en esta universidad a partir de este centro, y creo también que es un reconocimiento a la nueva realidad demográfica que de una manera tan clara aquí se nos ha planteado. Y, en ese contexto, me parece a mí que hacer una reflexión sobre lo que significan históricamente, en las distintas sociedades, aquellas sociedades que llegan después.

Esto que acá hemos visto, de la rapidez con que se produce el envejecimiento en América Latina, que toma la mitad de lo que tomó en el mundo desarrollado, es también lo que tiene que ver en todos los otros ámbitos, cuando las sociedades avanzadas encontraron el DDT, el DDT significó un aumento espectacular en la esperanza de vida de la población en la India. Algo tan simple, tan modesto como es el DDT implicó un aumento en la esperanza de vida.

Y aquí lo que ocurre, en consecuencia, que los más desarrollados tienen que ir generando el conocimiento científico para, a su vez, ir produciendo las bondades que nos permiten vivir más. Pero los que venimos después, tan pronto incorporamos esos conocimientos, que no los tenemos que crear, es lo que nos genera el desafío de por qué avanzamos más rápido. Avanzamos más rápido porque simplemente la rapidez de la difusión de los nuevos conocimientos es muy acelerada. Es en el mundo desarrollado donde aparece la penicilina y demás antibióticos, la rapidez de incorporación acá es muy grande.

En consecuencia, tenemos, de hecho, un avance significativo tanto en la disminución de mortalidad infantil, como, de otra parte, el aumento de la esperanza de vida.

Y, por lo tanto, en buena parte lo que uno está aprendiendo ahora es que son otros temas, como la prevención, los elementos que pasan a tener una tremenda importancia.

Y junto con ello, la complementación público-privada de cómo somos capaces de dar respuesta a estos nuevos desafíos, producto de la mayor rapidez que estamos teniendo.

Efectivamente, cuando se dice que de aquí al 2009, que no queda nada, nuestros adultos mayores por primera vez van a ser iguales en número que nuestros jóvenes. Y eso implica, entonces, un cambio de umbral desde el punto de vista de un país. Estamos acostumbrados a que nuestros jóvenes sean mucho más que los adultos mayores, pero creo que el elemento más importante es cuando la sociedad pasa a tener un número de adultos mayores similar a los jóvenes.

Y, por lo tanto, creo que lo que está planteado acá es un conjunto de temas muy significativos.

Y excúsenme, entonces, si paso un aviso como Presidente: cómo se hace una reforma de salud que reafirme los valores sobre los cuales se construyó la estructura institucional de la salud pública chilena, pero que esté a la luz de estos nuevos desafíos. Y creo que aquí la necesidad de poner a la reforma de salud en una prioridad importante desde el punto de vista gubernativo, y que tiene que ver con cómo se hace frente a la nueva realidad que son los desafíos epidemiológicos y las necesidades actuales de una población más informada, culta e inteligente que hace 50 años.

Hoy, como aquí se ha dicho, once de cada 100 chilenos son adultos mayores, y la gran mayoría de ellos, el 70%, son autovalentes.

A partir de esto, entonces, tenemos desafíos muy grandes, porque a medida que aumenta la esperanza de vida, también debemos resolver cómo nos organizamos como sociedad para acoger a este número creciente de chilenos y chilenas de mayor edad. Y como ha dicho tan bien el doctor Marín, que en definitiva a ellos, ese grupo de mayor edad, en tanto se le exijan mayores tareas, mayor es la longitud de vida que van a tener.

Sin embargo, lo que quisiera señalar es que aquí, el cambio que se ha generado es muy grande desde el punto de vista de las distintas características, las características epidemiológicas por las cuales fallecen los chilenos en la década del 50, en el siglo pasado, es absolutamente distinta de las características por las cuales fallecen los chilenos hoy, 50 años después. Y, por lo tanto, nuestra armazón institucional, por así decir, en 1951-52, cuando se crea el Servicio Nacional de Salud, tiene que ver con las características por las cuales el Chile de ese tiempo enfrentaba las mayores pandemias. Y las mayores pandemias tenían que ver con enfermedades infecciosas, la tuberculosis, tifus, etc.

Hoy día, la mayor parte de los fallecimientos tienen que ver con otras realidades, producto de la extensión en la esperanza de vida. Quiero señalar solamente que nadie moría en camas UCI o UTI en la década del 50, simplemente porque no existían. Hoy día nos parece normal las camas UCI y UTI en los hospitales. Y, por lo tanto, cómo usted adapta la realidad de la medicina chilena a estas nuevas condiciones.

Y eso es lo que se ha intentado hacer, conjuntamente con los otros elementos que tienen que ver con políticas específicas respecto de los programas de la tercera edad.

De hecho, hemos señalado que buena parte de los adultos mayores a nivel de nuestros consultorios deben ser atendidos no después de 48 horas. Hemos establecido que todos los adultos mayores de 65 años tengan atención gratuita cuando son beneficiarios de Fonasa. Y eso implica tanto en atenciones de especialidades ambulatorias como en hospitalizaciones.

Este año, un millón 250 mil personas se vacunaron contra la influenza, evitando enfermedades y cientos de muertes. Cuando vemos lo que ha significado todo el esfuerzo respecto de enfermedades respiratorias respecto de los adultos mayores, y la instalación que hemos colocado respecto de adultos mayores sólo en concepto de enfermedades respiratorias, todas las salas ERA, que tienen por objeto prevenir y poder atender al adulto mayor en este sentido.

En atención primaria, tenemos prestaciones destinadas a obtener una evaluación

funcional de los adultos mayores, en donde se pesquisan los factores de riesgo y se realiza un plan de salud integral con un enfoque familiar, en atención primaria que hay en los consultorios. En otras palabras, los consultorios hoy tienen prácticamente, así como hay una atención durante el primer año de vida del ser humano que nace, hay una atención permanente a partir de los 65 años, precisamente para poder tener en parte lo que decía Pedro Paulo Marín, cómo tenemos una atención y un tipo de enseñanza adecuada para prevenir más que curar.

Luego, por cierto, está todo lo que dice relación con los programas de alimentación complementaria del adulto mayor, que es similar, es la contrapartida de lo que en el pasado Chile hizo respecto de la atención particular de los niños, todos los programas materno-infantil y los programas de leche, etc., para los niños, ahora tenemos programas a la inversa, que es el programa del adulto mayor de alimentación complementaria. Hace cuatro meses, quiero pasar otro aviso, se incorporó una bebida láctea al programa, que implica también una forma de poder tener una mejor alimentación respecto de este mundo.

A eso agregamos los programas cardiovasculares y el programa respiratorio al cual me he referido.

En el caso específico del AUGE, de la reforma de salud, quiero señalar que de las 25 patologías que están actualmente incluidas en el AUGE, 16 son de alta frecuencia en los adultos mayores. Aquí está la cirugía de cataratas, la prótesis total de caderas, el cáncer de mamas, el cáncer de testículos, implante de marcapasos, etc. Vale decir, un conjunto de patologías que se dan fundamentalmente en el que tiene más de 65 años.

Entonces, aquí es donde me parece tan importante entender que los determinantes de la salud son múltiples. Aquí estamos hablando de determinantes de salud cuando se produce la enfermedad. Sin embargo, como lo señaló el doctor Marín de una manera tan clara, el mayor temor del anciano es la pérdida de salud y luego, la soledad y la pobreza.

Entonces, cuando hacemos una reforma de salud, lo que estamos buscando, en último término, es ¿estamos en condiciones de tener una sociedad donde usted logra erradicar el temor a la enfermedad, porque sabe que si la enfermedad llega va a tener una atención de calidad en un plazo determinado, y si no tiene recursos, los recursos los ponemos todos los chilenos? O sea, ¿podemos vivir en una sociedad donde ese temor al menos desaparezca?

Y los otros dos temores, el de la soledad y la pobreza, obligan también a cómo nos organizamos y cómo nos ordenamos. Porque si tenemos que el grueso de la sociedad, se habla que un 25% van a ser adultos mayores hacia el 2020 ó 2025, si eso es así, entonces quiere decir que uno de cuatro chilenos a los 65 años probablemente lo que están es en condiciones de iniciar una nueva etapa de vida, pero no una preparación para dejar esta vida, que es distinto. Porque allí, en definitiva, cómo usted organiza una sociedad. La sociedad nuestra organizada a mediados del siglo XX ¿qué es lo que es?, el entender que después de los 65, si tiene una jubilación, disminuye la esperanza de vida y nos preparamos para la otra vida. En cambio ahora, en verdad, de una manera creciente, los países más desarrollados lo tienen, es el inicio de una etapa distinta en la vida, en donde a lo mejor se pueden hacer aquellas cosas que en la vida laboral continua no se pudo hacer, porque si le gustó escuchar música, escuchaba muy poco, o si le gustó

leer, o si le gustó participar en otras tareas.

Y creo, en consecuencia, tal vez que el desafío mayor que tiene una sociedad como la chilena ahora, es cómo somos capaces, claro, de dar más seguridad económica, el temor a la pobreza, y que tiene que ver con todo el debate y discusión sobre sistemas jubilatorios, sobre pensiones asistenciales, pensiones de distinta naturaleza, pero también, por supuesto, cómo somos capaces de generar mecanismos adecuados para realizar otro tipo de tareas.

Y aquí yo quisiera decir que a lo largo de Chile hoy no hay prácticamente actividad, región o comuna donde no existan asociaciones de adultos mayores. En el país hoy hay más de 250.000 adultos mayores organizados en casi 7.700 agrupaciones, 7.700 agrupaciones, de los más distintos carácter.

Ahora, ¿qué es lo que tiene que hacer un país bien organizado? Cómo apoya esas agrupaciones, que requieren pequeños recursos, pero que son muy determinantes para poder mantener su actividad.

Y lo que se ha hecho cuando se creó el Fondo Nacional del Adulto Mayor, es con muy pequeños recursos, da hasta vergüenza decir la cantidad, 950 millones de pesos, se financian 1.800 proyectos. O sea, cada proyecto es menos de 500 mil pesos. Pero esos proyectos están ideados y elaborados por organizaciones de adultos mayores.

En consecuencia, creo que esto es tan importante desde el punto de vista de cómo estos clubes de adultos mayores agrupan personas, y la referencia que se hizo a un levantamiento de cuáles son los temores del adulto mayor, fue en este llamado tema de las vacaciones para la tercera edad, que no es sino importar a Chile lo que se ha hecho en otros países, y es decir, podemos romper la estacionalidad del turismo con adultos mayores que hacen turismo cuando la estacionalidad decae. Están los hoteles, están los lugares, no es enero y febrero, pero en abril o mayo, o en septiembre, octubre, noviembre o diciembre, también se puede hacer turismo. Entonces, ahí usted diría que hace, para decirlo en términos poco presidenciales, "hace bingo", porque el adulto mayor tiene una posibilidad de esparcimiento y usted mantiene y rompe la estacionalidad del turismo en Chile de una manera tan clásica.

Desde el punto de vista ahora de la pobreza, es más complejo, porque son palabras mayores. En tiempos electorales, todos somos propicios a hacer grandes anuncios. La realidad es más compleja, es más difícil. Así como es posible hacer grandes anuncios para aumentar el fondo al cual me refería, que tiene tan modestos recursos, es más difícil cuando estamos hablando de pensiones jubilatorias o de otra índole. Aumentamos la pensión de viudez, con un gran esfuerzo, de un 50% a un 60% de la pensión original respecto de los montepíos; o establecimos también incrementos diferenciados por edad para las pensiones asistenciales de vejez y para las pensiones mínimas. Antes la pensión de vejez y asistencial, a partir de los 65 era un determinado ingreso, y establecimos una diferenciación y aumentamos más la de los mayores de 70, y más todavía la de los mayores de 75, sobre la base de entender que muchas veces son menos autovalentes a medida que avanza la edad, como es obvio, y las demandas del punto de vista de remedios y de salud, aumentan.

En consecuencia, al establecer pensiones diferenciadas, estamos dando cuenta de esta

nueva realidad.

Y también, por cierto, estamos aumentando las pensiones asistenciales, en tanto las pensiones asistenciales son tal vez el reconocimiento final de alguien que no tiene ninguna otra pensión que no sea la capacidad de la asistencialidad.

Junto a lo anterior, creo también que tiene que haber un reconocimiento de lo que es el motivo por el cual estamos reunidos aquí, que es cómo somos capaces de entender que la geriatría pasa a ser una especialidad importante y creciente en su demanda, respecto de lo que dice relación con un país como Chile. Y, por tanto, al establecer por parte del Ministerio de Salud tres becas en geriatría, para que la especialidad de geriatría empiece a tener patente de legitimidad, por así decir, en el país, es tremendamente importante.

Y esperamos, en consecuencia, que las universidades chilenas creen también esta especialidad donde poder recibir a los becados en este ámbito.

En otras palabras, así como las especialidades clásicas que tienen que ver con la atención del niño o que tienen que ver con la atención de la madre que va a dar a luz, y generó ese determinado tipo de especialidades, bueno, de la misma manera tenemos que establecer, así como hay especialidades en pediatría, especialidades en geriatría, que crecientemente sabemos van a ser de mayor demanda.

Todas estas medidas, como las vacaciones de tercera edad, el apoyo a los municipios en donde buena parte de las actividades del adulto mayor están, creo que obligan también a generar nuevos espacios del punto de vista de la educación física. Buena parte de estos 7.700 agrupaciones tienen que ver con distintos tipos de actividades físicas, en donde el adulto mayor está cada vez más consciente, no solamente en términos de educación del punto de vista de la alimentación o de las ingestas que tiene que tener, sino de cuál es su estilo de vida, en qué medida está en condiciones de caminar, de hacer ejercicios cotidianamente, como una forma de poder preservar una mejor salud.

Y todo ello tiene que ver con cómo somos capaces de generar una sociedad en donde hay conciencia, primero, de que el adulto mayor pasa a ser un capital de un país, y no un peso. Porque hasta ahora la sensación es que esto es un peso, hay que mantenerlos, y nos olvidamos de la otra parte, que a medida que el adulto mayor es autovalente, pasa a ser un capital. Y lo importante, y los países inteligentes ven de qué manera se aprovecha ese nuevo capital que se agrega a la sociedad, en que tenemos un tremendo, si me permiten la expresión, ejército de personas que tiempo libre, que quieren participar de las tareas de sociedad, y lo que nos falta, entonces, es imaginación para ver cómo aprovechamos aquello, gente de mucha experiencia, pero que puede tener una tremenda capacidad de contribución a la sociedad, que está orgullosa de tener un número creciente de adultos mayores, porque quiere decir que es una sociedad mejor organizada.

Entonces, primera tarea, cómo buscamos incorporarlos al quehacer diario de la sociedad de una manera natural.

Y cómo, entonces, esto es una tarea de todos nosotros, y en donde creo que todavía nos queda mucho más por avanzar. claro, tenemos mucho más que avanzar y tenemos tiempo, porque tenemos un 11% de adultos mayores, pero tenemos que prepararnos

para cuando sea un 20 o un 25%.

Y, en ese sentido creo que tenemos que avanzar en materia previsional, y será tema de futuros gobiernos abordar este tema que es tremendamente complejo y difícil, complejo y difícil. En segundo lugar el tema habitacional, buena parte de nuestros programas habitacionales hoy día han establecido la posibilidad de entregar viviendas en comodato a los adultos mayores, adultos mayores que nunca han sido dueños de sus viviendas, precisamente, como decía el doctor Marín, por su edad no le van a dar un crédito, pero que quieren tener también su vivienda propia, y estamos, en consecuencia, ahora estableciendo la posibilidad de entregar a adultos mayores viviendas, prácticamente gratuitamente, en comodato, vale decir, cuando ambos fallecen, puede entregársele a un nuevo adulto mayor.

Cómo somos capaces de tener, en materias laborales, introducir la suficiente flexibilidad laboral, porque hay muchos adultos mayores que quieren seguir trabajando en condiciones distintas, no a lo mejor 8 horas diarias, pero de una manera diferente. Por lo tanto, cómo adaptamos la legislación laboral para la incorporación del adulto mayor, prácticamente dadas las nuevas tecnologías.

Una tarea educacional desde el punto de vista de qué es lo que significa indicar al joven el tipo de tareas que se tienen respecto del adulto mayor y cómo tratarlos y, por supuesto, también en el ámbito de salud.

Si esto es así, creo que lo que hoy estamos aquí celebrando es el reconocimiento a un centro que en sus cinco años de vida ha tenido un importante avance y que ahora la Organización Mundial de la Salud entiende que desde aquí, entiendo que hasta el año 2009, va a tener una sociedad con este centro para abordar determinado tipo de tareas.

Creo que eso tiene que ver con un reconocimiento a lo que se hace en esta universidad, a una labor pionera de entender que acá hay un amplio campo y que en este amplio campo, como en tantos otros, tenemos que prepararnos para prevenir antes de tener el problema entre nosotros.

Ahora tenemos un número creciente de adultos mayores que viven mucho más y eso habla bien de la forma que hemos organizado la salud en Chile, pero también habla bien de la forma como tenemos que prepararnos para este nuevo desafío y entender que el adulto mayor y su número creciente de adultos mayores es una razón para estar orgullosos como sociedad, pero también para seguir estando orgullosos tenemos que pensar cómo estos adultos mayores son un nuevo capital que se incorpora a la riqueza de la sociedad chilena y cómo los aprovechamos mejor.

Y en estas tareas estoy seguro que tendremos mucho que aprender de lo que en este centro se pueda elaborar.

Muchas gracias y mucho éxito en sus nuevas tareas.