

SALUD PUBLICA Y EL SENESCENTE

Los problemas derivados del envejecimiento adquieren cada día mayor importancia y magnitud. Situaciones originadas de escasez de recursos han determinado que la atención de este grupo etario haya sufrido repetidas postergaciones. Se hace necesario, pues, reconocerles el derecho a la salud, prodigándoles una atención humana, eficiente y oportuna y desterrar para siempre la imagen de hospicios y asilos tradicionales.

La falta de una política nacional en favor del anciano ha generado problemas de marginación del mercado de trabajo, los que aumentan su dependencia del Estado o de otras personas, desubicación en la sociedad, precaria salud, escasez de atención médica, etc. Urgente es entonces la adopción de una política de salud en su favor, sin omitir la educación a la comunidad y el llamado a su colaboración en los programas pertinentes.

Bases para una Política del Senescente

CARMEN GAZITUA *

GENERALIDADES.

Los progresos científicos, técnicos, económicos y sociales han contribuido a que el hombre viva más y con ellos los problemas derivados del envejecimiento adquieren cada día mayor importancia y magnitud.

Hasta la fecha, el Servicio Nacional de Salud no ha tenido una política bien definida acerca de los problemas del senescente, por varias razones, entre las cuales están las situaciones derivadas de la escasez de recursos, lo que ha hecho que al jerarquizar las prioridades de salud, este grupo etario haya debido sufrir una constante y repetida postergación.

El senescente que concurre a los establecimientos asistenciales es en general prematuramente envejecido, como resultado de los impactos del subdesarrollo, que se traduce en menores ingresos, alimentación deficiente en calidad y en cantidad desde el nacimiento, falta de educación, mala vivienda, largas jornadas de trabajo pesado, alcoholismo, falta de incentivos y de posibilidades, problemas previsionales (por libretas atrasadas, imposiciones efectuadas por menor monto, falta de pensiones a un grupo significativo de personas, etc.).

Si se considera la salud como un derecho del que deben disfrutar todos los chilenos, aparece como impostergable la hora de hacer cumplir este derecho para los senescentes y de proporcionarles una atención humana, eficiente y oportuna, desterrando de una vez por todas la actual imagen de los hospicios y asilos, que constituye un vejamen para la dignidad de cualquier individuo.

INFORMACIÓN ESTADÍSTICA.

La información estadística reunida para un mejor conocimiento del problema, se encuentra en las Tablas N^{os}. 1 a 2.

A medida que aumenta la expectativa de vida, aumenta el número de personas de 60 y más años. En 1920 aquélla era en Chile, de 30,9 años para el hombre y 32,2 para la mujer.

En el período 1971 a 1975, la expectativa

TABLA N^o 1

EXPECTATIVAS DE VIDA AL NACER, POR SEXO, CHILE, 1919-2000

Período	Expectativa de vida al nacer	
	Hombres	Mujeres
1919—1922	30,9	32,2
1919—1932	39,4	41,7
1939—1942	40,6	43,0
1952—1953	52,9	56,8
1960—1965	55,5	61,3
1966—1970	58,2	64,0
1971—1975	60,8	66,4
1976—1980	63,5	68,8
1981—1985	65,8	71,0
1986—1990	67,9	72,7
1991—1995	69,5	74,0
1996—2000	70,8	74,9

* Enfermera subdepartamento Recuperación de la Salud, Jefe de Programa del Senescente.

será de 60,8 para el sexo masculino y 66,4 para el femenino, y se espera que en los años 1996 a 2000 aumentará a 70,8 para el hombre y 74,9 para la mujer.

Es importante señalar que países con mayor

desarrollo económico ya han logrado una expectativa de vida sobre los 70 años, como Suecia, Francia, Inglaterra, etc., estando la citada expectativa relacionada con el nivel de vida de la población.

TABLA Nº 2

PROYECCION DE LA POBLACION DE CHILE, DE 60 Y MAS AÑOS
, POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD
1960-2000

Grupos de edades	H O M B R E S								
	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000
60—64 años	89.000	101.000	112.000	123.000	139.000	161.000	184.000	207.000	240.000
65—69 años	65.000	73.000	84.000	95.000	105.000	120.000	139.000	160.000	182.000
70—74 años	41.000	49.000	56.000	66.000	75.000	83.000	96.000	113.000	131.000
75—79 años	24.000	28.000	34.000	39.000	47.000	54.000	61.000	71.000	84.000
80 y más años	19.000	22.000	25.000	31.000	37.000	44.000	51.000	58.000	68.000
Subtotal	238.000	273.000	311.000	354.000	403.000	462.000	531.000	609.000	705.000
Grupos de edades	M U J E R E S								
	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000
60—64 años	96.000	109.000	126.000	146.000	168.000	194.000	219.000	237.000	270.000
65—69 años	73.000	84.000	96.000	112.000	131.000	152.000	176.000	200.000	217.000
70—74 años	50.000	60.000	69.000	80.000	94.000	111.000	130.000	152.000	173.000
75—79 años	32.000	37.000	45.000	53.000	62.000	73.000	87.000	102.000	119.000
80 y más años	32.000	36.000	42.000	49.000	58.000	68.000	80.000	95.000	112.000
Subtotal	283.000	326.000	378.000	440.000	513.000	598.000	692.000	786.000	891.000
TOTAL	521.000	599.000	689.000	794.000	916.000	1.060.000	1.223.000	1.395.000	1.596.000

En 1960 había en Chile 521.000 personas de 60 y más años, de las cuales 238.000 correspondían al sexo masculino y 283.000 al femenino.

En 1970 esta población aumentó a 689.000 personas, de las cuales 311.000 corresponden al sexo masculino y 378.000 al femenino. Se espera que en el año 2000 los senescentes aumenten a 1.596.000, correspondiendo 705.000 a los hombres y 891.000 a las mujeres.

La sobrevida de la mujer es superior a la del hombre en todos los grupos de edades, apreciándose en forma especial esta diferencia en el grupo de 80 y más años.

AMBIENTE.

Ritmo de vida urbana. El mundo actual tiene grandes adelantos científicos y técnicos y la velocidad es uno de los factores que más prima y donde los cambios se realizan en forma acelerada en contraposición con la lentitud del

senescente que es una de sus características más sobresalientes. Parecería que el anciano no encajara en un mundo tan vertiginoso, observándose estos hechos con mayor frecuencia en los sectores urbanos.

Este ritmo cambiante también influye en los valores, hábitos y actitudes y hace que el choque de generaciones se haga cada vez más notorio.

Vivienda. En el sector urbano también habría que considerar las construcciones actuales, con menor número de habitaciones y de espacio vital, haciendo la convivencia más difícil tanto para la familia, parientes o amigos, como para el anciano que no encuentra ni la privacidad necesaria ni la comprensión y el respeto que cree merecer. Esto no sucede con tanta frecuencia en la comunidad rural, donde las casas son más amplias, permitiéndole una mayor independencia, como también continuar en actividad por un período más prolongado, con

los consiguientes beneficios que esto involucra.

Situación económica. Como es tan alto el porcentaje de senescentes que tienen problemas económicos, muchos deben vivir de allegados, lo que les significa pérdida de status, como asimismo pérdida de los objetivos en la vida, haciendo este cuadro más desolador.

Condiciones laborales. Con el permanente margen de cesantía de un país subdesarrollado como Chile, resulta difícil para el senescente su competencia en el mercado de trabajo, con hombres y mujeres de edad más temprana. La situación se convierte aún en más desfavorable si de partida la exigencia para numerosas posibles actividades es de una edad máxima de 35 o 40 años.

Aspectos psicológicos. Desde este punto de vista, nuevamente el ambiente le presenta al senescente un mundo no adecuado para él. A los factores ya enumerados, se agrega en este sentido la ausencia de una preparación recibida acerca de las nuevas condiciones que conlleva la entrada en la ancianidad, para hacerle fácil la aceptación de los cambios que se inician en la madurez avanzada y que se acentúan progresivamente.

El riesgo del suicidio es mayor en este grupo etario por las razones antes señaladas (problemas de convivencia, económicos, de salud, desempleo, pérdida de prestigio, etc.).

Ambiente institucional. Las instituciones para ancianos son en general insuficientes para la demanda y sólo algunas tienen la técnica y el confort adecuados; como consecuencia de ello, el anciano se ve obligado a vivir en un ambiente muy poco acogedor, con escasa o ninguna actividad y con horas largas para pensar en su desgracia y en su soledad.

PRINCIPALES PROBLEMAS.

Estos son producidos por falta de una política nacional en favor del anciano que le proporcione un trato especial.

Problemas laborales y económicos.

Falta de trabajo, producida en parte por la cesantía existente y por los límites superiores de edad de 35 a 40 años, que marginan del mercado de trabajo a profesionales, empleados y obreros de 60 y más años.

Jubilaciones prematuras, de muy bajo monto, que hacen que individuos productivos pasen a depender del Estado.

Porcentaje significativo de senescentes que no tienen ninguna pensión o previsión.

Alto porcentaje de personas económicamente inactivas, que deben vivir a expensas de otras o del Estado.

TABLA Nº 3

POBLACION MAYOR DE 60 AÑOS, POR CARÁCTER ECONOMICO CHILE 1960-1980

Carácter Económico	1960		1970		1980	
	Número	%	Número	%	Número	%
Económicamente inactiva	348.000	66,8	475.000	68,9	655.000	71,5
Económicamente activa	173.000	33,2	214.000	31,1	261.000	28,5
TOTAL	521.000	100,0	689.000	100,0	916.000	100,0

Si se considera la proyección de la población de 60 y más años por tipo de población desde el punto de vista económico, de 1960 a 1980, se observa lo siguiente:

1. En 1960, de una población de 521.000, el 66,8% era económicamente inactiva y el 33,2% económicamente activa.

2. En 1970, de una población de 689.000 personas, el 68,9% corresponde a la económicamente inactiva y el 31,1% a la económicamente activa.

3. En 1980, de una población de 916.000 personas, 71,5% corresponderán a población económicamente inactiva y 28,5% a la económicamente activa.

En síntesis, va aumentando la población económicamente inactiva en desmedro de la población económicamente activa, por lo que de cumplirse esta proyección, el senescente sería cada vez más dependiente del Estado o de otras personas.

Problemas sociales.

El hombre es un ser social. El anciano necesita satisfacer en la interacción la necesidad humana de tener lazos afectivos con los demás y de sentirse perteneciente al grupo familiar; de él espera apoyo e identificación consigo mismo, así como también la oportunidad de ser productivo y de encontrar normas y valores para solucionar sus problemas.

La sociedad actual es laboral y el trabajo no sólo satisface las necesidades económicas, sino que además le da al anciano la oportunidad de realizarse como individuo.

Al dejar el trabajo por jubilación, retiro, etc., el senescente deja de pertenecer al grupo primario, como también a los demás grupos ligados a su trabajo y se siente poco útil o inútil; en la sociedad urbana se transforma en un ser anómico, sin objetivos, sin ideales; este cuadro no sucede con tanta intensidad en la sociedad rural, donde conserva por más tiempo su rol al continuar activo hasta edades más avanzadas.

Además, hay que mencionar el alto status que tiene la gente joven, que considera a la gente mayor pasada de moda, y a la que no le reconoce experiencia y capacidad.

Igualmente, hay que recordar que los valores culturales peyorativos frente al anciano y su escasa o ninguna posibilidad de encontrar su justa ubicación en la sociedad actual, lo hacen susceptible a reacciones de desadaptación y enfermedades psicosomáticas y mentales.

Problemas educacionales.

Falta de educación en los diferentes niveles de la comunidad, sobre el problema del anciano, para lograr un individuo adaptado y una comunidad que lo respete y estime.

Problemas habitacionales.

Construcciones actuales con menor número de habitaciones, lo que hace más difícil la convivencia y las relaciones humanas.

Falta de hogares o residencias de ancianos con la técnica y el confort adecuados para satisfacer la demanda.

Falta de medios económicos que les permitan arrendar una pieza o una casa y mucho menos comprarla.

Problemas inherentes al anciano mismo.

El envejecimiento es un proceso continuo, pero el ritmo de declinación de las distintas funciones no es igual en los diferentes sistemas, aparatos y órganos; es, además, de tipo individual y con amplias variaciones de una o otra persona. Algunos fenómenos observados en el anciano no corresponden a una patología de-

terminada y específica, sino que están relacionados con el proceso general del envejecimiento, como por ejemplo la lentitud en el tiempo de reacción psicomotora, la disminución del metabolismo basal, la reducción progresiva de la actividad sexual, la calvicie, la sequedad de la piel, etc.

El organismo del anciano es, en general, deficitario; este déficit es producido por la declinación de las distintas funciones, lo que determina una mayor fragilidad frente a los estados infecciosos, los traumatismos, etc. Es, entre otras, por estas razones que existe una mayor morbilidad en este grupo de personas, lo que se traduce en un mayor número de consultas médicas, medicamentos y hospitalizaciones.

Falta de una preparación psicológica del anciano que le permita aceptar el proceso de envejecer e ir haciendo los ajustes necesarios.

Precaria salud del anciano, con polisintomatología.

Problemas de atención médica.

En Consultorios.

Es considerable el número de ancianos que concurre a estos establecimientos y que no encuentra una adecuada atención médica por las siguientes razones:

Escasez de horas médicas, que si es notoria para la atención de pacientes más jóvenes (niños y adultos), se convierte en dramática cuando se trata de los ancianos.

Falta de preparación de los médicos en geriatría. Ven al anciano como un paciente sin interés, ya que es lento y tiene una polisintomatología que los obliga a disponer de más tiempo para atenderlo. Además, está la ausencia del enfoque en rehabilitación; se considera al anciano enfermo, como "un hecho normal de su edad" y no se le da la orientación adecuada y necesaria en la línea indicada.

Escasez de técnicos en general (enfermeras, asistentes sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales, kinesiólogos), destinados a geriatría, lo que hace que la atención de estos pacientes sea deficiente.

En hospitales de agudos.

Lograr hospitalizar un paciente geriátrico en un hospital de agudos es sumamente difícil, por los problemas derivados de los recursos, que dan preferencia a los pacientes más jóvenes, lo que produce gran angustia al enfermo y familiares. Además, porque su convalecencia es más larga, lo que aumenta su estadía.

Consulta a especialidades.

El anciano necesita consultar con mayor fre-

cuencia a especialistas por los problemas derivados del envejecimiento. Oftalmólogos, otorinolaringólogos, urólogos, psiquiatras, cardiólogos, etc. y todos sabemos la larga lista de espera que esto involucra.

RECURSOS DEL SNS DESTINADOS A LA ATENCIÓN DE ANCIANOS.

Análisis de estos recursos.

Existe una falta prácticamente absoluta de recursos en profesionales de todos los tipos y una gran escasez de personal auxiliar, el que es parcialmente reemplazado en sus funciones por un número menos escaso de empleados de servicio. Para uno y otro de estos dos últimos grupos vale la consideración de que no ha sido seleccionado por idoneidad y ha recibido insuficiente adiestramiento para cumplir con las funciones que debe realizar.

Recursos físicos. La gran mayoría de los establecimientos ocupa edificios muy antiguos que no han sido reparados por largos años y que tienen una serie de problemas; entre ellos, dormitorios colectivos muy numerosos, servicios higiénicos insuficientes y en mal estado, carencia de salas de estar, de talleres, de calefacción, etc.

Los más aceptables son "La Paz de la Tarde" de Limache; "Paz de la Tarde Paul Harris" de Puerto Montt y de Punta Arenas. En menos que regular estado se hallan los de La Serena, Parral, Los Angeles, Iquique, Penco, y Santa Juana, en los que deben efectuarse reparaciones de urgencia. Hay algunos que deben ser demolidos; Quirihue, Curicó y otros que deberán adecuarse como el Hospicio de Santiago y Talca.

Diagnósticos de pacientes que se encuentran en la actualidad en los hospicios y asilos del SNS.

Por visitas de inspección y asesoría a los 17 establecimientos del Servicio Nacional de Salud a lo largo del país, se ha logrado comprobar, en general, salvo escasas excepciones, el estado de abandono en que se encuentran estos pacientes, en donde se ha desvirtuado con los años el proyecto que se tuvo al construir y habilitar estos establecimientos, para dar atención a los ancianos que tienen diversos tipos de problemas y que les impiden vivir en sus domicilios.

En la actualidad ingresan una variedad de personas que van desde niños a senescentes y cuyos diagnósticos son: enfermos psiquiátricos, (oligofrénicos, estados demenciales, etc.), enfermos crónicos irreversibles (tbc., cardíacos, etc.), incapacitados físicos, etc.

ORGANIZACIÓN Y ADMINISTRACIÓN.

Lo existente.

En la Sección Atención Médica hay una Subestación, la de Geriatria, Cáncer y Enfermedades Crónicas.

Con respecto a Geriatria, el único recurso de personal en ella es una Enfermera.

Nivel local:

Los actuales establecimientos para senescentes no son independientes en cuanto a presupuesto y personal, sino que dependen en forma inmediata del hospital de la sede correspondiente, hacen excepción a esta regla el Hospicio de Santiago y los Hogares "La Paz de la Tarde" de Limache y "Paul Harris" de Puerto Montt.

Lo que se propone.

Nivel central:

Existirá a este nivel un equipo profesional y técnico con experiencia en esta especialidad.

El programa del senescente tendrá a su cargo dar las normas y asesoría y efectuará la supervisión y control a lo largo del país.

Deberá existir una centralización normativa y una descentralización ejecutiva para que haya un padrón común para los planes, programas y acciones, pudiendo evaluarse los resultados de acuerdo a la realidad local.

Nivel local:

Se propone considerar varios tipos de establecimientos que, según la naturaleza del problema predominante que afecta al anciano, ya sea de salud o económico social, formarán parte del sector Salud o pasarán a depender del futuro Ministerio de la Familia, respectivamente.

En el sector Salud quedarán las casas de reposo para ancianos, los hospitales diurnos, los centros geriátricos y los actuales hospicios, que pasarán a convertirse en hospitales de pacientes geriátricos crónicos.

Del futuro Ministerio de la Familia pasarán a depender los clubes de ancianos, el sistema de colocaciones familiares, para senescentes, los hoteles y residenciales para personas mayores, los hogares de ancianos y otros similares.

BASES PARA UNA POLÍTICA.

Se ha mostrado una visión panorámica sobre el senescente y los principales problemas que

lo afectan y al hacerlo se ha visto cómo unos inciden en otros en forma directa o indirecta. Por esta razón ellos deben abordarse con criterio multisectorial, con participación de los Ministerios de la Familia, Vivienda, Trabajo y Salud, de los organismos previsionales, de las instituciones de ancianos, etc.

La creación del Consejo del Anciano a nivel del Ministerio de Salud Pública, será sin duda de gran importancia para planificar y coordinar un mejor aprovechamiento de los recursos totales del país en este campo.

Política de salud del senescente.

Deberá abordarse con criterio de salud pública, considerando los aspectos físicos, psíquicos, sociales y culturales y con la inclusión de acciones de fomento, protección, reparación y rehabilitación, además de las consideraciones de orden especial que involucra el paciente geriátrico (salud precaria, multipatología, etc.).

Acciones de fomento.

1. Efectuar un examen anual de salud para la población de 65 y más años, incluyendo abreu, glicemia, colesterol, peso, talla, presión, examen cardiovascular y neuropsiquiátrico, para detectar enfermedades cardiovasculares, neuropsiquiátricas, metabólicas, etc.

2. Dar alimentación suplementaria: leche, 6 kg. anuales, para ir aumentando en el sexenio, hasta 12 kg. Concentración: 90% de toda la población de 65 y más años.

3. Dar educación para la salud tanto al anciano como a la comunidad. Esta debe hacerse a nivel escolar, a grupos organizados de la comunidad y al público en general, respecto a las características principales de la senectud, la prevención de los riesgos propios de esta edad y los cuidados generales que deben tenerse con senescente. Además, hay que considerar la educación de éste en forma individual, de grupo o colectiva, respecto a los puntos señalados y en especial dirigida a que comprenda, acepte y sepa adecuarse a los cambios que se van produciendo con el envejecimiento.

4. Fomentar la creación de clubes de ancianos, de hoteles y residenciales para personas mayores, de hogares de ancianos y de casas de reposo para ancianos, así como dar incentivo al empleo de colocaciones familiares para senescentes.

5. Realizar acciones de salud mental, a través del equipo de salud y de la comunidad, integradas a los planes generales de salud mental del Servicio.

Acciones de protección.

Vacunación contra la influenza, cuando sea necesario.

Acciones de recuperación.

Incluye atención del senescente en:

1. *Consultorio.* Es la atención ambulatoria proporcionada con motivo de un cuadro patológico. Debe llegar a una cobertura del 70% de la población total, con un rendimiento de 4 consultas por hora.

2. *Hospital general.* Es la atención dada al senescente internado en un hospital general con un cuadro patológico que requiere de un diagnóstico y un tratamiento integral del equipo de salud; se estima un promedio de 20 días de estada y un grado de uso de 85% con una cobertura similar del 70%.

3. *Hospital de pacientes geriátricos crónicos.* Es la atención dada al paciente geriátrico en los ex hospitales y asilos, debiendo transformarse la cama asilo en cama geriátrica, a través de la dotación de personal profesional y técnico, como también de la adecuación de los establecimientos que así lo permitieran, previo estudio a nivel local.

4. *Hospital diurno.* Es la atención dada en un establecimiento para pacientes geriátricos que necesitan de determinados cuidados médicos y de atención de enfermería y que permanecen, como su nombre lo indica, solamente durante el día en el establecimiento.

5. *Centro geriátrico.* Es la atención dada en un establecimiento de acuerdo a la medicina moderna y con un concepto de rehabilitación, dotado de personal profesional y técnico idóneo y con conocimientos y experiencia en esta especialidad. El requisito de ingreso será que se trate de pacientes de 60 y más años que no sufran de tuberculosis o de enfermedades psiquiátricas.

6. *Visitas domiciliarias.* Es la atención proporcionada al paciente geriátrico en su domicilio por uno o más de los integrantes del equipo de salud, pudiendo incluir personal voluntario para el control del senescente enfermo.

7. *Acciones de rehabilitación.* Es la atención dada al senescente por el equipo de salud para rehabilitarlo física, mental, social y emocionalmente.

Ha existido en general la idea de no efectuar estas acciones de rehabilitación por desconocimiento de la importancia que éstas tienen, como también el falso concepto que tienen algunos senescentes de creer que la inactividad le va a ser beneficiosa y que por el hecho de haber trabajado mucho a lo largo de su vida ahora les corresponde descansar. Este error les ha causado serios problemas físicos, mentales y socia-

les, pues sabido es que la actividad tanto mental como física retarda el proceso del envejecimiento y hace que las personas se sientan más útiles hasta edades avanzadas.

MEDIDAS INMEDIATAS.

1. *Crear en Santiago un Centro Geriátrico*, de acuerdo con el concepto ya descrito y dotado de personal profesional y técnico.

Dicho Centro podría servir de base para que posteriormente se crearan otros similares en otras ciudades del país.

Serviría también dicho Centro para práctica de alumnos de distintas escuelas universitarias (Medicina, Enfermería, Servicio Social, etc.); efectuaría también en forma periódica Cursos y Seminarios para profesionales, para personal del Servicio Nacional de Salud y para voluntarios, tanto de Santiago como de provincia, a fin de ir formando especialistas en los diferentes medios. Efectuaría, además, trabajos de investigación en este campo a través de diversas instituciones.

2. *Reservar camas para geriatría* en los hospitales antiguos que se van a destinar a crónicos, por ejemplo Ovalle, Osorno, Puerto Montt, Curicó.

3. *Utilizar las casas patronales de fundos expropiados*, sobre la base del ofrecimiento efectuado por la Corporación de Reforma Agraria; es sin duda una buena solución para aumentar los recursos físicos para este grupo etario, siempre que cumplan con ciertas condiciones, tales como construcción en buen estado, caminos transitables todo el año y distancia no superior a 30 km. hasta un centro asistencial.

Podrían servir también dichas casas para reponer algunos establecimientos del Servicio Nacional de Salud que se encuentran en malas condiciones, crear otros en Zonas donde no existen en la actualidad y también como sedes de hogares de ancianos, que pasarán a depender de acuerdo con lo expuesto, del Ministerio de la Familia.

4. *Realizar docencia e investigación* mediante la coordinación con diferentes Escuelas universitarias; la primera actividad comprendería docencia teórica y práctica de pre-grado, como también Cursos de post graduados; el campo de investigación se fomentaría a través de alumnos e instituciones interesadas en materias relacionadas con la gerontología y la geriatría.

5. *Intensificar las relaciones con la comunidad* a través de una adecuada coordinación con los establecimientos particulares (Hogares, Clubes, Casas de reposo, etc.), con el fin de darles la asesoría y la supervisión correspondientes.

Esta coordinación debe extenderse a los grupos organizados, como Juntas de Vecinos, Cruz

Roja, personal voluntario, Rotarios, Clubes de Leones, etc., con el objeto de canalizar esfuerzos en favor de los ancianos.

6. *Poner énfasis en las relaciones intersectoriales*, ya que, como se mencionó, los problemas del senescente son variados y es necesaria la coordinación con entidades como los Ministerios de la Vivienda, del Trabajo, futuro Ministerio de la Familia y otros, para el estudio y la solución de ellos en conjunto como también a través del futuro Consejo del Anciano.

7. *Establecer adecuadas relaciones internacionales*, necesarias para el mutuo intercambio de ideas y experiencias, como también útiles para la obtención de becas, la realización de cursos y congresos, y la obtención de recursos de fuentes extranjeras, que beneficiarían a este grupo etario.

PLANES Y PROGRAMAS.

Introducción.

La atención médica que el Servicio Nacional de Salud debe prestar al senescente debe ser de la misma calidad que la proporcionada a los otros grupos etarios, es decir, oportuna, completa y humana.

La política de salud del senescente establece los objetivos que deben alcanzarse para modificar favorablemente el nivel de atención de este grupo etario y determinar las prioridades para una mejor utilización de los recursos.

Los planes deberán afinarse y complementarse año a año; se han trazado sólo líneas muy generales para el sexenio, por ser éste un programa que por primera vez se pretende realizar en Chile.

Propósito.

Procurar que el individuo de 60 y más años se conserve en las mejores condiciones de salud.

Reducir los riesgos de enfermar y de morir por enfermedades que se presentan de preferencia en los senescentes.

Lograr que el individuo prolongue su período de productividad hasta edades más avanzadas.

Objetivos.

Atender el 100% de la demanda espontánea de patología aguda.

Efectuar a la población de 65 y más años un examen anual de salud, con una cobertura del 90% (a alcanzar en el sexenio).

Transformar las camas-hospicios y asilos en camas para pacientes geriátricos crónicos.

Adiestrar al equipo de salud que trabaja con senescentes en materias relacionadas con la gerontología y geriatría, para lograr una mejor atención de estos pacientes.

Crear un Centro Geriátrico en Santiago, para luego continuar en otras Zonas del país.

Fomentar la práctica de alumnos de diferentes Escuelas Universitarias en las especialidades de gerontología y geriatría, así como la docencia y la investigación en este campo.

Fomentar la formación de hogares, clubes de ancianos y de otras instituciones similares, así como la práctica de colocaciones familiares.

Fomentar acciones de rehabilitación, considerando los aspectos físicos, psíquicos y sociales del senescente.

Educar a la comunidad sobre el senescente y solicitar su colaboración en relación con este programa.