

“Porqué preservar la salud de la ancianidad de los mecanismos del mercado”. Una propuesta desde la epidemiología comunitaria.

Autor: Julia Castells¹,

Palabras clave: epidemiología comunitaria- derechos de salud - mercado - adultos - capital social

Introducción

Porqué hablar de **epidemiología comunitaria** en relación con la salud psico-física de la población?

Para poder explicar el porqué de los fenómenos de salud y enfermedad que ocurren en una comunidad en diferentes situaciones de fragilidad, como por ejemplo el acoso de las inequidades a causa de un sistema político y económico equivocado.

Si la historia de los pueblos es la consecuencia de su historia socio-cultural, la historia del subdesarrollo es la respuesta al porqué de sus vicisitudes epidemiológicas.

La historia de los pueblos es también la historia de la búsqueda de sus derechos y entre ellos el **derecho a vivir y morir dignamente** haciendo frente a sus situaciones de salud y enfermedad, de bienestar versus malestar de “incluidos” o “excluidos” dentro del **derecho a la salud**.

Bien sabemos que los procesos de salud y enfermedad responden a una situación y a un **entorno social** y así se puede afirmar que desde el punto de vista epidemiológico una comunidad está compuesta por **grupos homogéneos con similitudes clínicas**.

Dentro de una sociedad moderna los ciudadanos tienen derechos y deberes; si los derechos a gozar de una vida digna y saludable no se cumplen es porque las responsabilidades y la administración no han funcionado de acuerdo a las normas de protección de los ciudadanos y sucederá que los “derechos a percibir” se transformarán “en problemas a resolver” en vez de “necesidades a cubrir” . Y si una sociedad

está sesgada por **la falta de derechos a la salud** es porque es **corrupta** y estarán también corrompidos los que atienden a los ciudadanos con derechos. Consecuentemente las prácticas de medicina dentro de un **Estado corrupto** estarán dominadas por **el mercado** y no por las necesidades de sus miembros.

En este sentido las medidas de salud y acción social dirigidas hacia la población adulta en las últimas décadas en la Argentina fueron manipuladas políticamente para ser incluidas por el Estado y la sociedad dentro de peligrosos colectivos como el de **“adulto-problemática”; “tercera edad – patología - institucionalización”** versus **“juventud -belleza - éxito”** que intentaron estereotipar a la población y dividirla en sectores de desplazados y desplazadores.

Esta influencia **globalizante** envolvió a las nuevas clases sociales empobrecidas y determinó nuevos pobres desprotegidos de sus derechos entre ellos los **adultos mayores** y los pasaron en primer lugar a engrosar las filas de los más desposeídos.

Alrededor de estos nuevos grupos sociales debilitados (adultos mayores, niños y adolescentes en crisis) se engendraron **nuevas situaciones socio-sanitarias y epidemiológicas** como la floreciente industria de la farmacología psiquiátrica (los medicamentos antistress, antifóbicos, ansiolíticos, antidepresivos, etc), la indumentaria (pañales, sillas, prótesis) y la institucionalización geriátrica altamente rentable en el mercado de servicios prepagos de asistencia sanitaria.

Frente al daño qué hacer para revertir la

¹ Master en Ciencias Sociales, especialista en Políticas de Salud y Acción Social para Población Adulta

situación?

Ante la desaparición del Estado de Bienestar (Welfare State) en el mundo surgen modelos alternativos a partir de la organización de redes de apoyo solidario dentro del sistema de voluntariado conocido como "**sector non profit**" o "**tercer sector**".

Con características de desinterés y dedicación sus objetivos son lograr la reducción de las penurias económico sociales de la población aliviando el stress de las familias y la sociedad mediante la organización de redes solidarias de apoyo voluntario que combinen la convocatoria, la confianza y la cooperación mutua para armonizar el interés individual con el interés colectivo.

A las puertas del 2001 el panorama mundial se está convulsionando peligrosamente; las respuestas de las nuevas generaciones se dirigen positivamente hacia la protección del planeta a partir de la solidaridad social, el equilibrio ecológico, la preservación de las especies, la descontaminación ambiental. Es posible que actúen a tiempo para salvar al hombre y su entorno de la autodestrucción.

1.Objetivos de la epidemiología comunitaria

En el campo de la salud hay muchos datos sobre epidemiología pero pocos sobre la epidemiología comunitaria y menos aún referida a las personas adultas.

Pero qué estudia esta disciplina? Se ocupa de cómo ocurren los fenómenos de salud y enfermedad dentro de la comunidad como por ejemplo cuál es la explicación a nivel social de una patología cardio-vascular, cerebro vascular o del HIV.

Este saber asociado a la observación de las ciencias sociales consiste en poner al servicio de las poblaciones la metodología necesaria para conocer y transformar la propia realidad, sea en el barrio, en el medio ambiente, en la familia o en la sociedad, en beneficio de la salud.

Si la epidemiología es el estudio de la historia de las enfermedades de la población ello involucra también la historia de las poblaciones que es también la historia de sus enfermedades y, ambas son variables de tipo social. Por ejemplo en el caso del AIDS o el SIDA (Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida) esta enfermedad tiene un factor

de difusión que con la medicina tiene menos que ver pero sí con las costumbres y políticas de consumo de una población. Entonces podemos decir que la enfermedad también responde a una clase social y a un status de vida. En este sentido decimos que la historia de las poblaciones es la historia de sus síntomas clínicos y estos obedecen a un sistema de vida, a un tipo de organización familiar, a un tipo de costumbres y si estas se cambian se cambiarán también los síntomas clínicos y también sus consecuencias en la población.

La historia de los pueblos es también la historia de su origen y de sus herencias y la forma en que ha transcurrido su historia socio-cultural responde a la explicación de sus vicisitudes epidemiológicas, tal como lo es la historia del subdesarrollo por ejemplo en la cual se evidencian entre otras cosas las faltas a los derechos a la salud.

2.Salud y derechos sociales

Qué es la salud? "La salud es un estado de bienestar que deriva del hecho de que todos pueden gozar de los bienes del Estado". Pero a propósito del repetido lema de la OMS y demás organismos internacionales comprometidos en la defensa de la salud que hasta el siglo pasado promulgaban "salud para todos en el año 2000" como propuesta política de los estados de inversión planificada y como un derecho que se descontaba como adquirido, esta premisa no se cumplió. Las diferencias se fueron haciendo cada vez más marcadas en vez de mitigarse y, mientras para algunos fue mejor para otros fue y está siendo peor. Así se fueron construyendo las categorías de "incluidos - excluidos" o "marginados" de gozar de este derecho a la salud y al bienestar.

Podemos afirmar entonces que **la enfermedad tiene un entorno social** y en este sentido se puede decir que, desde el punto de vista epidemiológico la comunidad está compuesta por "grupos homogéneos con similitudes clínicas."

Esta historia de los pueblos es entonces la historia de la búsqueda de los derechos a la vida como categoría de referencia a partir de

lo cual se puede pensar en derechos de las personas y de categorías que surgen a partir de ellas. Dentro de tales categorías se puede incluir el bienestar versus malestar, la autonomía versus la no autonomía; la dependencia versus la no dependencia. Así como lo es también el derecho a una vida digna y a una muerte o a una declinación de vida digna ; en este sentido la medicina no está fuera de esta historia sino que está íntimamente comprometida con la oferta de estos derechos.

3.El mercado de la salud

Si la sociedad está sesgada por una falta de derechos a la salud es porque es corrupta y estarán también corrompidos los que atienden a los ciudadanos con derechos. Si las prácticas de la salud pertenecen a un Estado corrupto es porque la medicina está dominada por el mercado y no por las necesidades de sus miembros. Lo que antes se determinaba como salud para todos ahora se llama "carga de enfermedades" según la terminología de los organismos internacionales, o se denomina como un "problema a resolver" a través de un mecanismo de mercado. Lo que perturba y molesta se institucionaliza o se medica sin ver cómo, porqué y de qué se trata.

Si observamos por ejemplo cuál es el desarrollo de un sector del mercado que se ocupa de los medicamentos psiquiátricos como los antidepresivos o los geriátricos por ejemplo, es inquietante ver el volumen de venta y el impacto de la propaganda, que además proporciona status a quien lo consume o lo puede adquirir pues en general estos rubros se transforman en medicamentos carísimos o en "recetas magistrales" adquiribles sólo por ciertos sectores. Así la salud entra en el mecanismo de mercado como algo que acompaña a los seres humanos en su vida diaria **y el mercado actúa como factor de protección de las necesidades**. Quien no tiene para cubrir estas necesidades o está fuera del mercado no goza de los derechos a la buena atención de su salud y pasa a ser "un problema", pero "un problema" a resolver por parte del mercado.

Quien tiene por ejemplo un pariente cercano que padece de Alzheimer estará empeñado

económicamente y de por vida para cubrir los costos de esta enfermedad incurable, poco conocida etiológicamente y muy difícil de asistir. Sin personal adiestrado y dentro del entorno familiar el cuidado del enfermo que la padece determinará la dedicación absoluta del pariente cercano más comprometido quien deberá empeñar su tiempo y sus fuerzas hasta agotarlas.

Así mismo hablamos del costo de la pérdida de autonomía como el costo de la internación y del costo social y humano que implican cierto tipo de enfermedades que se producen en la población. Entre estas hay enfermedades evitables y no evitables y en el universo de lo evitable podemos mencionar las prácticas de la prevención en la cual están comprometidas directamente las políticas públicas en primer lugar y las prácticas de las personas en segundo lugar. Ambas se complementan y se oponen en cierto sentido sobre todo si no están relacionadas con una ideología compatible.

El Estado puede implementar prácticas diversas al sentido de la organización social sin tener en cuenta la consulta al ciudadano y no ya al paciente, que perjudiquen a la misma organización comunitaria no adaptándose a las necesidades reales de las personas ni a su historia. Puede así incidir negativamente en su formación societaria posterior generando procesos peligrosos y difíciles de destrabar, ejemplo de ello lo son nuestras poblaciones indígenas que han sido casi siempre diezmadas por la interrupción abrupta de sus procesos de salud-enfermedad como consecuencia de la aplicación de medicina tradicional vigente en nuestra sociedad no indígena.

4. La manipulación de las políticas sanitarias y sus víctimas

En este sentido las mal llamadas medidas salud y acción social en apoyo de la población adulta mayor implementadas en las últimas décadas fueron políticamente manipuladas para ser incluidas por el Estado y "espontáneamente" por la sociedad dentro de una larga serie de colectivos. Entre estos se inscriben por ejemplo el del "adulto = problemática"; la "tercera edad = patología = institucionalización"; "grupo de 50 y más = caída de la eficiencia" versus "juventud-

belleza - éxito" y tantos otros que pasaron a integrar una larga serie de estereotipos peligrosamente cercanos a ideologías racistas. Como consecuencia estas prácticas convergieron en la formación de una feroz campaña hacia del adulto que atropella su pasado y está destruyendo la memoria histórica de nuestra sociedad.

Así desde los espacios de la salud se fue ubicando a las generaciones de los mayores en las filas de los "desplazados y despreciables" paulatinamente reemplazados por la nueva juventud arrogante, ineficiente y "trionfadora".

Frente a esta propuesta sí es posible hablar de "ciudadanos" que tienen problemas en vez de "pacientes" que tienen dolencias y como tales con derecho a actuar, a ser consultados e involucrados en sus terapias como "pacientes- actores". Esto es con una práctica participativa y sobretodo en cuanto a las decisiones de cómo encarar sus procesos de salud- enfermedad y también de la forma de envejecimiento y deceso que desean tener.

5. El adulto mayor sede de la política excluyente

La población que incluye el Programa Asistencial de Medicina Integral del INSSPJP más conocido como "el Pami" no se ha preocupado tanto en cubrir a su población objeto el adulto mayor y los problemas que la aquejan, cómo en organizar un entramado de red de prestaciones tercerizadas lo más abarcadora posible supervisada por un obsoleto sistema control de calidad.

Dentro de este modelo el usuario fue el último y más olvidado eslabón dentro de una cadena de servicios de baja calidad que remitieron al incremento extremo del gasto asociado y en donde se benefició no sólo la industria farmacéutica sino el staff, consociado a un amplio sector privado de instituciones de salud con fines de lucro.

Estas situaciones se incluyen también dentro de las violaciones a los derechos humanos y en abierta oposición a la protección de las necesidades de la población .

Así con la aparición de los nuevos modelos socio-sanitarios y epidemiológicos como consecuencia del incremento de la esperanza de vida alrededor del un nuevo grupo etéreo, el de los adultos mayores o de la

"tercera edad" se fue organizando un nuevo mercado de la salud; el de la geriatría.

En el mercado, este nuevo producto sirvió para convertir derechos de bienestar en productos comercializables hacia la industria del medicamento, de la indumentaria geriátrica (ortopedia de alta y baja complejidad), hacia industrias auxiliares como la de los pañales para adultos, las sillas, los bastones, la arquitectura edilicia y la de la institucionalización, la más rentable, equiparable casi a la industria funeraria.

Ante el daño consumado ahora nos preguntamos qué podemos hacer para revertir esta situación?

6. Las redes de apoyo a la familia con stress y el tercer sector

Hemos llegado al fin del siglo y nuestra población que ha dado signos de madurar aceleradamente está compuesta por mas adultos y menos jóvenes.

Mientras en el mundo desarrollado la esperanza de vida esta creciendo aceleradamente, en la Argentina con una tendencia semejante no se puede seguir pensando que la prolongación de la edad madura sea un fenómeno incipiente.

Dos son los objetivos fundamentales para un modelo de intervención en la edad avanzada: el primero esencialmente de prevención a los fines de promover una vejez exitosa o "*successful aging*" esto es ausente de patologías crónicas invalidantes; el segundo tendiente al mejoramiento del nivel de calidad de vida tanto en la persona sana como en el "frágil" (*frail elderly*); es decir del anciano con un elevado riesgo de perder la autonomía.

Otro de los objetivos importantes es lograr la reducción de las penurias económico-sociales de la sociedad aliviando el stress de las familias mediante la organización de una red solidaria de apoyos voluntarios.

Qué entendemos por una **red solidaria de voluntarios?**

Este sector social formado por grupos de voluntarios conocido como sector "non profit", comporta características de dedicación y desinterés que son fundamentales para asegurar un nivel de confianza en los beneficiarios y su familia. El mismo conocido también como "**tercer**

sector” representa la parte más visible del capital social presente en la sociedad y se define como aquel componente del capital humano que concierne a los miembros de una determinada sociedad en tener confianza en el otro y en cooperar en la formación de grupos y redes asociativas solidarias organizadas como una empresa sin fines de lucro. Es decir a través de normas de reciprocidad generalizada que permitan conciliar los intereses individuales con los colectivos combinando altruismo con necesidades personales.

Para lograr mejores resultados en la atención de la población adulta es imprescindible la conformación de equipos voluntarios debidamente adiestrados con una capacitación médico social para el mejor abordaje de las situaciones individuales y familiares.

El equipo de capacitación médico social tiene como objetivos formar los recursos humanos disponibles mediante prácticas socio-sanitarias gerontológicas que brinden metodologías y técnicas de intervención tanto en la acción preventiva como en la asistencial.

El objetivo de estos programas es ir conformando redes locales de apoyo solidario capaces de actuar con rapidez y eficacia ante el momento de riesgo y cuyas premisas se fundamenten en la convocatoria, la confianza y la cooperación mutua a fin de armonizar el interés individual con el interés colectivo.

Conclusiones :

Ante una realidad enmarcada por una violenta globalización de la pobreza, la desocupación forzosa, el envejecimiento de la población, la disminución de la natalidad, el retiro del Estado, la falta de un sistema de redes de solidaridad, el incremento de la violencia, la drogadicción y el SIDA, no hay aún una respuesta efectiva posible.

De frente a las patologías emergentes y desde la óptica de una sola disciplina nos preguntamos entonces cuál es la salida?

La respuesta deberá estar de acuerdo con la gravedad de la emergencia y requiere ubicarla desde la interdisciplina y lo intersectorial.

Mucho se habla y se escribe sobre la interdisciplina pero es poco lo que se implementa y desde lugar del médico de cabecera en vez de ir hacia ella se cambia el destino de la consulta.

Si la salud es un estado de bienestar que deriva del hecho de que todos puedan gozar de los bienes del Estado, actualmente éste y su entorno social están gravemente amenazados. La salud y la enfermedad responden a un estilo de vida que en este momento sufre alto deterioro y que es necesario revertir.

Si la historia de las poblaciones es también la historia de sus síntomas clínicos y estos responden a un sistema de vida, a las puertas del nuevo milenio el perfil de las perspectivas futuras de nuestra población apunta cada vez más a la fragmentación y al deterioro; es decir menos derechos y más exclusión.

Dentro de este modelo no escapa la situación del PAMI el programa “del instituto” (INSSJP) por excelencia responsable de un segmento importante de población adulta en constante aumento, jaqueada física y mentalmente por los avatares de esta crisis de pauperización. Comprender a fondo sus penurias es abordarla a través de la epidemiología comunitaria reconociendo sus reales estrategias de sobrevivencia esto es la salutogénesis y su implicancia en los procesos de salud y enfermedad. En este contexto poder prescribir y abordar los síntomas del sufrimiento psíquico, hacer uso racional de los recursos farmacológicos y prevenir la institucionalización se imponen como estrategias básicas.

Para reducir las penurias económico-sociales y aliviar el stress de las familias debemos responder con organizaciones desde la comunidad que apoyadas por el Estado reconstruyan las redes y el tejido social gravemente deteriorado.

Bibliografía:

Castells, Julia. 1992 Ficción y Realidad de la Política Social para la Ancianidad. Serie 382 383. Biblioteca Política Argentina; Fondo Editor de América Latina, Bs.As. 1997, Estudio sobre la institucionalización de

ancianos y la política social en la Pcia de Córdoba. FLACSO, Tesis de Master mimeo (inédito)

Tognoni, Gianni, 1999. "Neoliberalismo: Genocidio por Planificación de la Desigualdad", Istituto Mario Negri, Milano

La enfermedad de Alzheimer, 1997, Paidós

Putnam, R. 1993, "La traduzione civica nelle regione italiane", Ed Mondadori, Milano

Zanetti, M. et al, 1997. Capitale Sociale e Sistema Sanitario: L'Arte sottile di creare circoli virtuosi. GLI OSPEDALE DELLA VITA, Rivista Trimestrale. Azienda USL della Città de Bologna, Ottobre / Dicembre 1997

Castells, J. y otros, 1985, Condiciones de hábitat y salud de los sectores populares. *Un estudio piloto en el Asentamiento San Martín de Quilmes*. CEUR, ISSN-0326 6859, IAF, Buenos Aires.