

Promoción de la salud con las personas mayores

Alfonso García Martínez, Andrés Escarbajal de Haro y Juan Sáez Carreras

Universidad de Murcia

Resumen

El derecho a vivir lo más saludablemente posible no es privativo de una edad, pero su puesta en práctica requiere de una constante vigilancia social cuando se trata de grupos sociales o de edad especialmente vulnerables. En el caso de las personas mayores, ello requiere no sólo promover las condiciones objetivas (recursos de toda índole) de tipo social, sino también de favorecer su capacitación para que, en la medida de lo posible, puedan hacer frente de forma autónoma a sus propias necesidades de salud en todos los órdenes y de participar en la construcción de las condiciones que mejoren su calidad de vida. En esa lógica se inscribe la propuesta de generar comunidades seguras, entendidas como marcos integradores que refuercen el bienestar general de las personas mayores y sus comunidades.

Descriptor: Educación para la salud; derecho a la salud; atención social; pobreza; calidad de vida.

Abstract

To have a right to live the healthiest as it's possible, it does not exclusive of any age but to put it into practice needs of a social vigilance when we are speaking of social and age specially vulnerable groups. In the case of elder people, that need not only the promotion of the general and social resources (means), but to help their competences too, in order to they can face to their own needs of health in an autonomous way and they can take part in the construction of the conditions that make better their quality of life. In this respect is the proposal of creating safe communities; these would be as framework to strengthen the welfare of elder people and their safe communities too.

Keywords: Health Education; the right to health; welfare work; poverty; quality of life.

Derecho a la salud

Vivir y mantenerse en condiciones saludables es un derecho fundamental de la persona: parece obvio que de ello depende, en buena parte, el resto de su actividad existencial. Desde un punto de vista teórico, garantizar que esto sea así le corresponde a los responsables políticos de los distintos países, y así lo recogen la mayoría de las disposiciones legales básicas en todo el mundo. Ciertamente, la información cotidiana que recibimos, nos ilustra acerca de que ese horizonte es algo bastante lejano en la realidad de los pueblos. Habrá, pues, que analizar las causas que impiden que las grandes y lustrosas declaraciones, recogidas en buen número de disposiciones legales y otros textos, se vean plasmadas en la vida cotidiana de las poblaciones que aspiran a disfrutar de unas condiciones mínimas de salud capaces de servir de soporte para una vida digna, ya que

“generar salud supone buscar y conseguir una mejor calidad de vida. A tal fin convergen necesidades de los más variados: programas educativos, alimentación, normas de higiene individual y colectiva, cuidado del medio ambiente y lucha contra la contaminación, estudios urbanísticos y de vivienda, realización en materia de empleo y de la producción en general, detección y actuación sobre los riesgos del trabajo y otras actividades no menos importantes.” (Jouvencel, 1987: 9).

Dicho de otro modo, el universo salud, que resulta identificable con el universo “calidad de vida” se convierte en algo intrínseco a las propias pautas vitales de las poblaciones, rompiendo así

la limitación de la salud a un espacio privilegiado para el hacer especializado.

La transformación del paradigma

Lo que resulta difícil de ajustar en esta dimensión radicalmente distinta de la salud es la inercia de lo dado con la necesaria transformación de las conciencias de los afectados. Estos (todos nosotros), imbuidos hasta la médula del concepto de salud dominante (esencialmente jerarquizado) se resisten a asumir un nuevo paradigma de salud, que le exige *más* que el actualmente en vigor. La explicación puede parecer sencilla, aunque no lo sea. Pero, visto desde una atalaya superficial, el fenómeno puede explicarse por la demanda de *iniciativa y participación* que el nuevo concepto de salud exige a todos los afectados.

Así, mientras en el paradigma dominante se admite no sólo la capacidad técnica del especialista en salud sino también su *autoridad* para decidir qué hacer (lo que representa una aceptación *pasiva* del modelo por parte de los afectados), la nueva visión de la salud supone la participación activa de la población en la determinación de sus parámetros vitales de salud. Así contando con la opinión y los conocimientos de los «expertos», la toma de decisiones revierte a los afectados: lo que supone su implicación *activa* en la determinación de sus propios modos de existencia y, por lo tanto, un compromiso personal consigo mismo y con la comunidad.

Aquí es donde reside la mayor dificultad que anteriormente señalábamos: nuestra sociedad, por razones de diversa índole, está escasamente vertebrada or-

ganizativamente. Y generar esa capacidad de acción asociativa implica un enorme trabajo sociopedagógico que raspe las costras asociales generadas durante decenios, sin olvidar que muy poderosos intereses presentes en el mercado sanitario intentarían seguir manejando a su antojo a unas colectividades poco preparadas para andar contra la corriente de la manipulación y el engaño.

Por esta razón, proporcionalmente, el esfuerzo de comunidades e individuos por recuperar los espacios perdidos ha de ser mayor si cabe, ampliando sus medios de autodefensa ante las agresiones del entorno, mermados en favor de una tecnología sustitutiva que lo hace, *volens volens*, más dependiente de un sistema que escapa totalmente a su control y que, por el contrario, le controla cada vez más completamente. Pero este esfuerzo, en el contexto de la cultura y la civilización de nuestras sociedades postindustriales, trasciende todo planteamiento que quiera situarse a un nivel individual y clínico y adquiere una dimensión social y colectiva global, puesto que los desordenes individuales se producen en un medio social básicamente 'contaminado'. De este modo se ha llegado a aseverar, con una fórmula sintética, que las causas fundamentales de la enfermedad podrían resumirse en el binomio *pobreza más ignorancia*.

El derecho a la salud, en tanto que *derecho* natural y social, se plasma en las situaciones que permiten el mantenimiento de la integridad psicofísica del individuo para su desarrollo individual y social. Cosa que, por otro lado, ya reconocía la Declaración de Derechos del Hombre y el Ciudadano y que ulteriormente se plasmó en las Constituciones poste-

rior a la Segunda Guerra Mundial. Mahler dijo, en 1983 en su mensaje «Salud para todos en el año 2000», que «*si los gobiernos son responsables de la salud de sus respectivas poblaciones, éstas tienen el derecho, pero también el deber de ocuparse de sí mismas.*» Implicando de esta forma a las poblaciones y resaltando que son ellas las que han de asumir sus derechos y asegurar su ejercicio. En este sentido la salud es entendida como un fenómeno complejo que englobaría a toda una pluralidad de elementos incidentes:

- Trabajo.
- Seguridad e Higiene en el trabajo.
- Descanso y vacaciones.
- Asistencia Social y Servicios Sociales
- Disfrute de un medio ambiente sano
- Utilización racional de los recursos naturales
- Vivienda digna, cultura y ocio
- Defensa de comunidades y usuarios

Sin embargo, el *tratamiento constitucional* del derecho a la salud representa más una declaración de intenciones que una especificación normativa, tal y como reconocen los más prestigiosos administrativistas. Ante tal situación aleatoria, se hace indispensable educar para prevenir las causas de la enfermedad, en vez de destrozar nuestra salud confiando en la capacidad tecnológica de la medicina para reparar los desgastes. Ello es un síntoma de la dejación de las poblaciones en las acciones de fomento de su salud, entregándose en manos de los más diversos especialistas de la medicina y la farmacopea, con lo que «*la comunidad, a medida que va consiguiendo logros sociales importantes, irá perdiendo al mismo tiempo conciencia de la importancia*

de su protagonismo y de sus propias capacidades para mantenerse saludable» (Jouvencel, 1987: 82).

Extender la educación para la salud

Una sociedad libre es una sociedad formada y culta. Es la ignorancia y el desconcierto lo que provoca el sometimiento de la gente a la dominación de otros que se sirven de su conocimiento para manipular el desconocimiento de los demás. Frente a esta situación la educación, en sentido amplio, puede constituir una palanca para el levantamiento de las situaciones de ignorancia, a la vez que abre nuevos caminos para la capacidad de acción ciudadana en el conjunto de aspectos relativos a la vida social. Y uno de estos aspectos es el cuidado, mantenimiento y desarrollo de las posibilidades de salud, como plataforma de las realizaciones vitales de las individuos y colectivos. Pero, a su vez, el conocimiento de la salud está hoy por hoy circunscrito a un círculo de especialistas. La mayoría de la población sólo dispone de un conocimiento fragmentado y, a menudo, tergiversado. Hacer accesible este conocimiento -que no implica hacer de cada ciudadano un profesional de la salud, tal como hoy se entiende- precisa del establecimiento de medidas educativas que sensibilicen y pongan al servicio de los colectivos sociales estos conocimientos, así como una amplia gama de recursos simbólicos y materiales. Este proceso educativo incorporaría necesariamente los siguientes objetivos y medios:

- Generar actitudes positivas hacia la salud (que se puede mejorar).
- Generar la participación en la mejora de

la salud individual y colectiva.

- Proporcionar información individual y colectiva: familia, escuela, trabajo, barrios, pueblos...
- Transformar al consumidor de servicios sanitarios tradicionalmente pasivo, en un sujeto activo, consciente de la trascendencia individual y colectiva de los problemas de la salud.

Como sostenía Aldo Neri (1983:17), como consecuencia del modelo dominante de relación con la salud, *«habitualmente la salud no le preocupa a nadie, salvo en la medida en que se la siente perdida, lo cual coadyuva a la cotidiana y temeraria auto y hetero-agresión a que nos sometemos, y de esto emerge simultáneamente, la poca conciencia de responsabilidad individual en el problema y la consiguiente confianza infantil en los poderes mágicos del aparato formal de asistencia»*. Lo que aparece en el fondo de toda esta cuestión es la dimensión de asunción participativa en tanto que se quiere mejorar la dimensión salud como base de una mejor calidad de vida. Para ello no basta la propaganda o la información discontinua sino, la creación de condiciones permanentes, que tendrán su manifestación en la adquisición de hábitos saludables y de los recursos sociales precisos para la mejora y ampliación de los marcos vitales de la salud.

Pero educar para la salud no significa divulgación ni instrucción sobre ciertas patologías cuyos efectos pueden ser, dada la heterogeneidad sociocultural de los destinatarios, contraproducentes en tanto que generen *más* miedos y ansiedad entre la gente que reacciones positivas (las experiencias obtenidas con ciertas campañas propagandísticas así parecen

confirmarlo). El proceder educativo, por el contrario, es el del estímulo positivo y la capacitación de los sujetos para la ampliación de los marcos de salud y bienestar, de los que el sistema sanitario sólo constituye una fracción. La educación para la salud abundará, pues, en la capacitación de la población para, entre otras cosas, saber utilizar la asistencia sanitaria siendo conscientes de sus límites y, sobre todo, para promover los factores salutogénicos y prevenir la enfermedad por sus propios medios, introduciendo prácticas o hábitos más saludables en su modo de vida cotidiano; es decir, consiguiendo condiciones de vida saludables mediante un cambio del medio ambiente, dotando de recursos a sus comunidades, etc.

En esa línea se orientaban las propuestas de la O.M.S. (1983) cuando afirmaba que todos los ciudadanos tienen el derecho y el deber de ser agentes en el cambio de las condiciones de salud. Hacer visible este loable objetivo requiere una planificación a medio plazo porque la realidad no es reflejo de ese objetivo perseguido. En esa perspectiva, la escuela representa un medio privilegiado para el establecimiento de las mediaciones necesarias para lograr un cambio significativo de las percepciones y actitudes sociales en el terreno de la salud. Porque en la escuela se pueden desarrollar los conocimientos y hábitos saludables precisos, así como las medidas que posibilitan la conservación de la salud. Y porque la salud no equivale a someterse a un tratamiento médico determinado. Éste solamente es un remedio ante la *ausencia de salud*.

En este dominio, como en tantos otros, la escuela que impulsa los elemen-

tos constitutivos de la Educación para la salud pasa a convertirse en una auténtica escuela para la vida, y no alejada de los fenómenos a los que el niño se enfrenta cuando abandona su recinto, esto es, se transforma en una escuela que funciona vinculada a su comunidad y a las necesidades resentidas por ambas.

El pluralismo en educación para la salud

Pero, cualquiera que sea el sector o la temática que se aborde, se aprecia de modo cada vez más generalizado por los educadores para la salud la necesidad de utilizar enfoques multidisciplinarios en el tratamiento y el análisis de las problemáticas humanas que inciden en la calidad de vida. Una tendencia a la que no podía escapar, creemos que por razones obvias y dadas las dimensiones incidentes en ella, la promoción de la salud, de la que la Educación para la salud es un instrumento privilegiado. Dicho análisis debe tomar en consideración múltiples factores que afectan a la salud de las personas en cada contexto específico, sin excluir en modo alguno la incidencia de entornos más amplios. Por ejemplo, cuando pretendemos analizar las condiciones de vida y de salud de las personas mayores no podemos dejar de lado el efecto que sobre ellas tiene la actividad de las personas de su entorno familiar y/o comunitario, además de analizar su propia actividad o los recursos personales (cognitivos, habilidades, experiencias y sabidurías) que por sí mismos posean.

Así, el espectro de las actividades promotoras de la salud, se hace progresivamente más amplio, ya que va desde las políticas mundiales y nacionales de pro-

tección y fomento de la salud hasta el desarrollo de estrategias destinadas a capacitar a los individuos y grupos para elegir los estilos de vida saludables más apropiados. Consecuentemente, si las políticas y actuaciones de salud se relacionan íntimamente, con las políticas económicas, de vivienda, consumo, transporte y sociales, a la hora de potenciar (o no) el bienestar de las personas mayores, entonces las tareas de promoción sólo serán adecuadas si se plantean desde una perspectiva amplia e interdisciplinar. En ese sentido, si bien las personas mayores se ven incluidas automáticamente en determinadas acciones promotoras de la salud, por el hecho de pertenecer a una determinada comunidad, en otras ocasiones precisarán de actuaciones específicas que se orienten a la promoción de su salud.

Muchas enfermedades y condiciones de vida que desembocan en enfermedades y minusvalías de las personas mayores son, ciertamente, el resultado de los comportamientos asumidos y de las expectativas habidas a lo largo de la vida. Por lo tanto un entorno adecuado y estilos de vida favorecedores de la salud en etapas vitales anteriores (impulsadas por la escuela comunitaria) suelen producir beneficios en la salud cuando se alcanza la edad adulta. Aunque de ello pudiera deducirse que es en esas etapas tempranas donde deberán focalizarse las actuaciones de promoción de la salud, no se corresponde con la propia esencia de la acción educativa, que requiere de una acción continuada en el terreno de la promoción de la salud, no sólo para su desarrollo, sino también para reforzar lo ya adquirido.

Lo que, en puridad, debería concre-

tarse en que las actuaciones promotoras de la salud en el entorno de las personas mayores se acentuasen, dados sus beneficios en el establecimiento de las condiciones individuales y sociales que favorecen la salud. De este modo los servicios sociales, comunitarios y de salud orientados a las personas mayores suponen un ejemplo de ese refuerzo de la actividad promotora de su salud, tanto mitigando sus carencias y problemas de salud como sosteniéndolos en su entorno habitual sin necesidad de internamiento. También en este caso, la actividad promotora de la salud funciona en el sentido de ayudar y garantizar su existencia, así como en el acceso equitativo a los recursos disponibles.

La provisión de cuidados sociales

Para las personas mayores, los servicios sociales y de salud juegan un papel fundamental en el desarrollo de la calidad de vida y en la mitigación de los handicaps provocados por enfermedades o discapacidades surgidas en ese periodo de edad. Unos problemas que desde el punto de vista de la disminución de las capacidades físicas se focalizan mayoritariamente en el oído, dificultades de la visión, movilidad limitada y problemas vinculados al desarrollo de las tareas cotidianas como vestirse y lavarse, cocinar o de incontinencia de esfínteres o urinaria.

De ahí que los servicios sociales básicos y más importantes para las personas mayores tengan que incluir tanto los que reduzcan sus limitaciones físicas, como los que capacitan para reducir la dependencia de terceros y vivir independientes en su modo de vida comunitario

(limpieza del hogar, compras,...), y también los cuidados médicos y enfermeros a domicilio (curas, atención médica, podología, etc.). Pero tales servicios, dependen de que existan o, mejor, se destinen recursos sociales y de salud a su puesta en funcionamiento, lo que requiere una ampliación significativa de los marcos de actuación de lo que conocemos como Estado de bienestar. Sobre todo cuando ya se ha podido experimentar su eficacia a la hora de reducir la dependencia funcional, la entrada en instituciones y también en la mortalidad y la salud mental de los afectados.

Crear las condiciones para que las personas mayores permanezcan en su domicilio y en su entorno comunitario, mediante la puesta en pie de servicios sociales y de salud ha mostrado unos beneficios considerables: las familias se benefician de la reducción de las cargas de sus cuidados directos y de una mayor participación de los mayores en las tareas familiares, como puede ser el cuidado y guarda de los nietos. Por su parte, la sociedad se beneficia al permitir que las personas mayores sigan siendo una parte activa e integrante de la vida de la comunidad, a la vez que mantiene o amplía los puestos de trabajo de los que les atienden, contribuyendo a generar nuevos yacimientos de empleo en el sector de servicios a la comunidad.

Es cierto que, aunque conseguir que las personas mayores sigan residiendo en sus hogares sea el principal objetivo de la prestación de servicios comunitarios, existe una proporción significativa de personas mayores que tienen serias limitaciones y que precisan de internamiento residencial o atención clínica continuada. Por ello la responsabilidad pú-

blica debe contar con una amplia provisión de recursos residenciales que mejoren la calidad de vida de las personas mayores física o mentalmente dependientes y sin penalizarlas con gastos adicionales ni a ellas ni a sus familiares.

Pobreza y desigualdades de salud

La posición económica de muchas personas mayores es desfavorable, y el tratamiento de las desigualdades económicas y sus efectos sobre la salud no es similar en los diferentes países europeos. Pero, además, podemos esperar que esas diferencias se amplíen como consecuencias de las tendencias actuales del empleo, la política de pensiones y las dificultades que en la promoción del bienestar generan las políticas ultraliberales que el imperio de la globalización impone.

El declive del estatuto socioeconómico y de los recursos de salud se mantiene en la vejez: las personas mayores con indicadores socioeconómicos desfavorables padecen graves riesgos de salud, viéndose forzadas a entrar en el circuito de los cuidados del entramado institucional y padeciendo enfermedades. Únicamente a través de asegurar unas pensiones que garanticen un nivel económico mínimo para afrontar las necesidades de la vejez es posible romper esa lógica. De ahí la necesidad de priorizar el acceso a tales ingresos por parte de las actuales -y próximas- generaciones de viejos, lo que supone poner las bases para hacer que su entorno vital sea saludable, disfrutando de una alimentación adecuada y un ocio gratificante.

Este nivel de ingresos mínimos se puede establecer como resultado de su-

mar los gastos de atención (médica, en institución o en domicilio) que una persona ha de pagar, además de los gastos corrientes de la vida cotidiana. Ello conduce a prestar una singular atención a aquellas personas, en su mayoría mujeres, cuyas pensiones son asistenciales o derivadas de sus cónyuges (por viudedad o divorcio). El acondicionamiento o adaptación del entorno doméstico es, igualmente, un reto importante para preservar la salud y aumentar la calidad de vida de las personas mayores, sin necesidad de abandonar el vecindario de su elección.

El aislamiento social y la soledad tienen, como se ha demostrado, un impacto importante tanto en las expectativas de vida como en el mantenimiento de un buen funcionamiento de las personas mayores. En esta tarea son especialmente significativas las intervenciones de las organizaciones de voluntarios, de las organizaciones propias de personas mayores y de los servicios de bienestar socio-sanitarios. De las experiencias intervencionistas habidas se desprende que una adecuada combinación de las intervenciones se revela efectiva a través de una revisión sistemática y se ven favorecidas por los participantes locales de cada comunidad que tienen experiencia de las circunstancias y cultura locales, teniendo en cuenta las necesidades identificadas por las propias personas mayores, lo que reducirá su aislamiento social y tendrá potenciales consecuencias benéficas para su salud.

La promoción de estilos de vida saludables

Algunas de las pautas que forman parte de la vida cotidiana, se han revela-

do como esenciales a la hora de asegurar la calidad de vida de las personas mayores. Veamos algunas.

a) *Alimentación*. Los factores asociados con la edad avanzada incrementan el riesgo de una alimentación insuficiente. En efecto, los hábitos alimentarios pueden alterarse como resultado de la reducción de ingresos, del aislamiento social, de la depresión y de la demencia. Dolencias y drogas pueden interferir en el apetito y en la ingesta. Los problemas en el comer y el masticar también son frecuentes.

Algunos estudios realizados en países europeos sugieren la existencia de proporciones significativas de personas mayores que tienen consumos alimenticios indeseables, así como deficiencias nutricionales de ciertas vitaminas o consumos desfavorables, tales como dietas altas en grasas y bajas en frutas y vegetales. Asimismo, la nutrición pobre es más frecuente en las personas mayores de los grupos socioeconómicos más bajos. En muchos países, cerca del 50% de las personas mayores son obesas, mientras en los grupos de edad más avanzada, el bajo peso y la alimentación escasa están a la orden del día. Un conocimiento mayor de las dietas apropiadas, una información completa y accesible en los envases y un mayor compromiso e implicación de los responsables de la comida preparada (para las personas mayores en régimen residencial) son pasos importantes para conseguir una nutrición adecuada y aceptable para ellas.

b) *Ejercicio*. La incapacidad y la enfer-

medad pueden ser, en buena medida, el resultado de la no-utilización muscular, incluso más que el resultado del inevitable proceso de envejecer. Una alta proporción de personas mayores tienen una vida sedentaria o con niveles mínimos de ejercicio. El desarrollo de actividades y ejercicios musculares se asocian en los estudios epidemiológicos, con la prevención de enfermedades cardio-vasculares y con la capacidad para efectuar las tareas diarias con habilidad y seguridad, con menor riesgo de fracturas óseas, con mayor capacidad cognitiva y menor depresión.

Por esas y otras razones, muchas iniciativas de promoción de la salud incorporan el ejercicio como un componente integral. Pero generar oportunidades para que las personas mayores puedan, hacer ejercicio regularmente tiene incidencias en la política de transportes (para facilitar el acceso a los espacios apropiados), la planificación urbanística (facilitando la marcha y la seguridad en el caminar) y la formación de profesionales que inciden en la salud (para formar a las personas mayores y minimizar los riesgos de una inadecuada realización de los ejercicios.).

Como vemos, existen muchas oportunidades para desarrollar acciones de promoción de la salud en las personas mayores, que deben privilegiar a los grupos más desfavorecidos de la comunidad, teniendo en cuenta tanto los determinantes sociales básicos (pensiones, recursos socioculturales y sanitarios, etc.) que representan la base para que puedan permanecer en su entorno, como que les sea posible elegir sus estilos de vida y

acceder a los recursos y cuidados comunitarios (Sarlet, García y Montoro, 1996).

Comunidades seguras

En la lógica descrita, se sitúa el programa de la OMS relativo a conseguir entornos comunitarios que respondan realmente a las necesidades de salud y seguridad de sus habitantes, lo que, como hemos visto, reviste una especial significación para las personas mayores. Los indicadores de lo que sería una «comunidad segura» son los siguientes:

- 1º Formación de un grupo intersectorial que sea responsable de la prevención de daños.
- 2º Implicación de las redes comunitarias locales.
- 3º El programa se dirigirá a todas las edades, entornos y situaciones.
- 4º El programa se dirigirá a los intereses de los grupos de alto riesgo (tales como los niños y las personas mayores), entornos de alto riesgo y ayudará a asegurar la igualdad para los grupos vulnerables.
- 5º El programa dispondrá de un mecanismo para documentar la frecuencia y las causas de los daños.
- 6º El programa debe tener un tratamiento a largo plazo y no ser de corta duración.
- 7º La evaluación del programa incluirá indicadores que muestren los efectos y proporcione información del proceso y sus avances.
- 8º Cada comunidad analizará sus organizaciones y su potencial para participar en el programa.
- 9º La participación de los servicios comunitarios de salud es esencial tanto en el registro de daños como en su

prevención.

- 10º Estar preparado para implicar a todos los sectores de la comunidad en la solución del problema de daños.
- 11º Difundir la información sobre la experiencia generada tanto nacional como internacionalmente.
- 12º Estar disponible para contribuir al conjunto de la red «comunidades seguras».

En la actualidad, la red está formada por comunidades con poblaciones comprendidas entre 1.000 y 2.000.000 de habitantes, que sirven de estímulo a otras comunidades, organizan seminarios y dan cursos y conferencias. (Aquí, «comunidad» se define como un área geográfica específica, grupos con intereses comunes, asociaciones profesionales o individuos que prestan servicios en un lugar específico, y se entiende que sus objetivos de seguridad pueden variar según las necesidades de cada una de ellas).

Para que una comunidad busque la seguridad, se requiere que se proponga conseguir ese objetivo, no que sea *completamente* segura. Un modo importante de contribuir a ese objetivo lo proporcionan los métodos educativos creativos y de cambio del entorno, junto con una legislación apropiada y su aplicación. De hecho no existe ninguna receta simple para cambiar los modelos existentes. Pero los medios de comunicación de masas pueden, por ejemplo, jugar un rol importante en la formación de la conciencia pública.

La implicación de las personas mayores, en los programas de desarrollo de la seguridad parece tener, por sí misma, un efecto promotor de la seguridad y del sentimiento de seguridad. A este respecto, no debemos olvidar lo que ya

planteaba la *Declaración de Brasilia* (OMS, 1996) con relación a que personas mayores saludables y seguras representan, a su vez, un recurso inestimable para sus familias, sus comunidades y la economía. Cuanto más activos sean, más contribuirán a la sociedad. Lo que representa un cambio más que significativo en la apreciación de la vejez; ésta en vez de ser vista como un problema, pasa a ser una solución potencial a muchos problemas. Ello supone dejar de apreciar sólo lo que las personas mayores necesitan y considerarlas como un valioso recurso social, lo que implica incorporar las siguientes perspectivas:

- Una perspectiva del proceso vital de envejecimiento, más que la compartimentación de los cuidados de salud de las personas mayores.
- La promoción de la salud, focalizada en un proceso de envejecimiento activo.
- Garantizar los apoyos ambientales, físicos y sociales, en su lugar de residencia.
- Una perspectiva socioeconómica y cultural, que permita jugar a los individuos mayores un papel importante en su salud y bienestar.
- Una perspectiva de género, reconociendo las importantes diferencias entre la salud de mujeres y hombres y sus estilos de vida, que se hacen más pronunciados en la edad avanzada.
- Una perspectiva intergeneracional, desarrollando estrategias que mantengan la cohesión entre las generaciones.
- Una perspectiva ética, que se sitúe en la lógica de los derechos humanos (evitando cualquier abuso de las personas mayores) el tipo de cuidados de larga duración y las perspectivas éticas ante la muerte.
- Una perspectiva orientada a la comuni-

dad, que permita respuestas colectivas y consensuadas de la comunidad a los problemas de las personas mayores.

Envejecer activamente supone, en esta lógica, «un proceso de optimización de las oportunidades de bienestar físico, social y mental a través del ciclo vital con el objetivo de ampliar la esperanza de vida» (Ministerio de Salud de Canadá). Esta definición implica un proceso que puede servir instrumentalmente a la oportunidad global de asegurar a los individuos que puedan llegar a la vejez con buena salud y participando activamente en la sociedad. Recuperamos, así, la perspectiva histórica de nuestra salud, que no es determinista y permite introducir variaciones en cualquier estado, tanto como resultado de decisiones individuales como de orden más general (de política social o de salud).

Medicamentos y tercera edad

Los específicos problemas de salud que afectan a las personas mayores las convierte en un sector poblacional especialmente expuesto a las consecuencias iatrógenas de la utilización de los medicamentos. De ahí que sean consideradas en este sentido como personas de riesgo, sin que ninguna controversia ponga en cuestión esta apreciación. Es más, todos los trabajos realizados confirman la amplitud del fenómeno entre las personas mayores: una décima parte de las hospitalizaciones de personas mayores de 70 años tiene como causa un efecto indeseable de uno o varios medicamentos. Las manifestaciones más frecuentes de estos efectos iatrógenos son:

- deshidratación con insuficiencia renal funcional
- hipertensión

- hemorragias digestivas
- estados de confusión

Entre los medicamentos que suelen provocar estas disfunciones se encuentran los destinados a tratamientos cardiovascular; los antiinflamatorios y los psicotrópicos. Ciertos estudios (Fourier et al. 1993) han mostrado que la media americana de medicamentos consumidos por persona de más de 65 años es de 4,5; el noventa por ciento de esta población toma al menos un medicamento y el total de las prescripciones medicamentosas para las personas mayores representa un tercio (15% del total de la población) del total de prescripciones.

Con este panorama, el consumo de medicamentos es un factor innegable de riesgo de accidentes iatrógenos (Ankri, 1999). Así, numerosos trabajos de investigación han mostrado la relevancia prácticamente lineal del número de reacciones indeseables con el número de medicamentos tomados por el sujeto. Por lo demás, la mayor parte de los medicamentos consumidos por esta franja de población son sustancias que les exponen a una toxicidad dosis-dependiente (psicotropos, anti-hipertensos, antiinflamatorios, anti-coagulantes, etc.).

El segundo factor mencionado concierne a las modificaciones fisiológicas del devenir del medicamento en el organismo viejo. Ya es un tópico decir que las facultades de eliminación de los medicamentos se alteran conforme avanza la edad y pueden, junto a otras modificaciones (absorción, biotransformación, afinidad y sensibilidad de los receptores), concurrir a acrecentar el efecto farmacológico y, por tanto, los efectos indeseables. Estas modificaciones fisiológicas acordes a la poli-medicación incremen-

tan el riesgo de intervención medicamentosa, que representa una fuente no despreciable de efectos secundarios (Manchon et al. 1989).

En todo caso, todos los estudios manifiestan como hecho más representativo la extrema heterogeneidad de lo que se denomina personas mayores. Pero junto a los reseñados ¿qué factores explican el consumo de medicamentos por parte de las personas mayores y su comportamiento ante estos, así como los de quienes los prescriben? Veamos algunas situaciones.

- a) Con relación al consumidor (personas mayores), se han evidenciado problemas de observación de los tratamientos, unidos a problemas de comunicación médico/paciente, de comprensión (complejidad de las prescripciones y problemas de memoria...), a dificultades de utilización (incapacidades físicas...) y, especialmente, de gestión de estos tratamientos a largo plazo en el marco de las actividades de la vida cotidiana de estos pacientes. Sin olvidar que la personalidad de los sujetos también interviene en relación con los medicamentos.
- b) En lo que respecta al que prescribe (médicos), los factores que intervienen remiten a su propia concepción de la salud y del envejecimiento, a su desconocimiento potencial de los fenómenos fisiológicos del envejecimiento y a la búsqueda de una respuesta medicamentosa a las diversas quejas del sujeto y a problemas psicosociológicos; lo que conduce a las clásicas recomendaciones en cascada.

- c) A nivel de sistema, se puede apreciar el papel de la cobertura social generalizada, la medicina por acto y la ausencia de coordinación de los diferentes terapeutas. Tampoco es despreciable el papel de la industria farmacéutica ante esta población con múltiples patologías crónicas. Ante esto, debería ser obligatorio que todo medicamento susceptible de ser utilizado en un tratamiento de fondo en la persona mayor, fuese objeto de estudios específicos de eficacia, de intervención medicamentosa y de inocuidad a largo plazo.

Para hacer frente a esta situación, que pone en peligro la salud de las personas mayores, deberíamos desarrollar un conjunto de medidas entre las que se incluirían las siguientes:

a) *Medidas de salud pública*

- formar a los profesionales
- informar a la población
- desarrollar alternativas a los problemas de salud de los mayores
- establecer estudios de evolución de los medicamentos
- mejorar el sistema de vigilancia.

b) *Medidas coercitivas*

- limitar las indicaciones de los medicamentos en función de la edad.

No obstante, cabe preguntarse una vez más si la edad es en sí misma un factor de riesgo. No hay duda de que los estudios desarrollados muestran un aumento del riesgo conforme avanza la edad cronológica. Este factor es conocido como factor de riesgo de mortalidad, de declive funcional, etc. Pero la cosa no está tan clara como para establecer una edad-límite para medicar a alguien. En efecto la utilización de la variable «edad», tan cómoda dada su fácil utilización, no

deja de tener consecuencias. Incluso cuando se ha intentado comprobar si la edad era en sí misma un factor de riesgo, los resultados han sido negativos y la edad no resultó ser un factor de riesgo independiente de otros efectos indeseables (Carbonin et al., 1991).

Por el contrario, el consumo de medicamentos, el número de problemas médicos, la duración de la hospitalización, el consumo de alcohol,... sí representan factores claros de riesgo. De este modo, se puede ver que la edad no permite por sí misma definir la población de riesgo y que ciertos factores como los problemas de salud y el consumo de medicamentos explican mejor los efectos iatrógenos observados. Por tanto, más que en términos de edad sería preciso definir a este problema en términos de fragilidad. Así, mediante la acción a nivel de los diferentes determinantes del sobre-consumo de medicamentos, mediante la precisión de las diferentes estrategias posibles entre los sujetos «fragilizados» (indicación, posología, duración del tratamiento, etc.), y mediante la acentuación del reflejo de vigilancia de los expedidores y administradores de medicamentos, se podrá reducir el riesgo iatrógeno y, quizás, mejorar la calidad de vida de esta población llamada mayor.

La utilización de los medicamentos

Cada vez se insiste más en que los medicamentos se utilicen «racionalmente», esto es, aquel modo de utilización que definen las autoridades de salud pública y que permite a los medicamentos salir al mercado. Pero esta orientación se funda, sin embargo, en dos *a priori*: en

primer lugar, el de un comportamiento científico generalmente estandarizado por parte de los médicos y, en segundo, el de un comportamiento, por el contrario, irracional y alcatario por parte de los pacientes. Uno y otro son presupuestos erróneos (Collin, 1999).

1. Las prácticas de prescripción

Dado que están en el origen de la prescripción, las prácticas de los médicos han sido objeto de numerosos estudios desde hace algunos años (Tanblyn, 1996; Cohen y Collin, 1997). Estos se han focalizado en la identificación de los factores que los influyen y de aquellos que permiten explicar la sobre-prescripción o la prescripción inadecuada en relación con la intervención posible con otros medicamentos prescritos al paciente. De acuerdo con estos estudios, los perfiles de prescripción de los médicos varían en función de la edad, el sexo, del tipo de práctica y del lugar de formación de estos. La prescripción inadecuada correspondería, en efecto, a un perfil sociodemográfico particular entre los médicos: sería más frecuente entre los médicos de más edad y que carecen de afiliación universitaria u hospitalaria. Además de la formación inicial, los conocimientos con relación a las propiedades de los medicamentos y sus efectos entre ciertos grupos de pacientes se evocan, igualmente, entre las causas de las prescripciones inadecuadas.

En el caso de las personas mayores se evocan las reacciones adversas susceptibles de ser provocadas por una medicación no adaptada a su fisiología en proceso de envejecimiento. Igualmente se puede subrayar las dificultades de los médicos no especializados en este campo

para diagnosticar los problemas de salud mental, para distinguir las manifestaciones de ansiedad y de depresión en sus pacientes; lo que puede conducir a una prescripción abusiva de medicamentos psicotrópicos. Igualmente se ha tratado de apreciar el papel de la industria farmacéutica como proveedor de la información de los médicos sobre los medicamentos y se ha llegado a cuestionar la neutralidad científica de la información que difunde.

El contexto de la práctica en relación con la gestión del tiempo, las afiliaciones institucionales y la pluralidad de remuneración, pueden ser también parte del origen de prácticas de prescripción inadecuadas, estimuladas, además, por las situaciones de concurrencia en las que se encuentran los prescriptores. De hecho, la decisión de prescribir y las prácticas que se derivan de ella se inscriben en su contexto social y comprometen un proceso relacional complejo entre paciente y médico que es preciso tener en cuenta para captar los orígenes del mal uso de los medicamentos.

2. Las prácticas de consumo

A pesar de esta búsqueda del mal uso de los medicamentos entre las prácticas médicas; desde siempre éste se ha considerado como debido fundamentalmente a la inobservancia de los pacientes, definida como el hecho de no aceptar los tratamientos recomendados por médicos y farmacéuticos, bien no cumpliendo o no continuando la prescripción médica, bien saltándose la posología marcada o deteniéndola prematuramente, o tomando medicamentos o sustancias susceptibles de provocar una interacción perjudicial.

Si bien, ciertos estudios de este tema (Griffith, 1999) distinguen entre inobservancia voluntaria e involuntaria de los pacientes, en el primer caso se entiende que el paciente rechaza deliberadamente seguir las recomendaciones facultativas. En el segundo caso se presenta como la víctima de una situación terapéutica que le supera por su complejidad, por su desconocimiento o por su estado de salud (confusión, pérdida de memoria...) que le impide respetar el tratamiento. Se puede considerar que tras el concepto de inobservancia existen tres nociones previas: derogación, desconocimiento y comportamiento irracional frente a los medicamentos, que a su vez descansan en un cierto número de presupuestos. La de *desconocimiento* sugiere que el paciente no posee ningún saber científicamente válido, y que debe ser informado puntualmente sobre las características y efectos de los medicamentos que se le prescriben. Por *comportamiento irracional* se entiende el hecho de no asumir las directrices médicas, lo que se correspondería con una incapacidad de gestión y de actuación coherente, suponiendo que las directrices establecidas sean científicas y racionales. Por su parte, la noción de *desobediencia* supone que la relación médico/paciente es una relación de autoridad en la que el paciente debe plegarse a las directrices del práctico.

Sin embargo, la experiencia del paciente frente a la enfermedad y al consumo de ciertos medicamentos le confiere conocimientos y un saber (profano) que influencia su manera de utilizar los medicamentos: Puede modular o disminuir su dosis para evitar efectos secundarios perjudiciales, por ejemplo; o esta-

blecer una prórroga entre los medicamentos. En este contexto, esta inobservancia de la prescripción puede ser entendida como una forma de regulación ejercida por el paciente sobre su consumo, es decir, como una acción planificada y (autoinformada) en función de su percepción de la gravedad de su enfermedad y de la eficacia del medicamento. Lo que apunta a una lógica diferente a la de los especialistas médicos, que permite una mayor y mejor participación del paciente en las decisiones relativas a los tratamientos y, más concretamente, a una gestión más adecuada de los medicamentos.

3. La interacción

Siendo importante la información sobre medicamentos, no lo es tanto como la *manera* de comunicar y de transmitirla. Entra aquí en juego la posibilidad (y necesidad) de una comunicación clara y no distanciada que parece difícil en función de la distancia social y profesional existente entre paciente y médico (Collin, 1999). Así, unos orígenes socioeconómicos y unas bases culturales diferentes interfieren en los intercambios, impidiendo la libre y franca expresión de los pacientes que creen ser juzgados como incompetentes.

Más aún, es preciso que la consulta médica esté anclada en un contexto social preciso. Razón de más para convertirlo en algo diferente a un lugar de transferencia unívoca de una cierta información neutra y estandarizada. Parece más justo aprehenderla como un lugar de interacción: paciente y médico son actores que actúan y reaccionan en el curso de la consulta, en función de sus valores, de sus representaciones, de su propia cultu-

ra de la salud y la enfermedad. En función de esta interacción, así será la influencia de la prescripción de medicamentos y de su utilización subyacente.

Entendida como negociación, la prescripción adquiere un valor simbólico innegable, dado que el paciente ha de ingerir lo que se le recete: los significados vinculados a ello sobrepasan ampliamente las propiedades propiamente farmacéuticas atribuidas a las sustancias: poder de curar, preocupación del médico por la salud del paciente, etc... Pero al dar al médico el sentimiento de actuar sobre la situación, la prescripción es igualmente susceptible de atenuar el sentimiento de incertidumbre o de impotencia que el facultativo experimenta ante problemas complejos y mal codificados, como son en muchas ocasiones los presentados por las personas mayores. De hecho, accediendo a la demanda de los pacientes, los médicos se dan la oportunidad de mantener un vínculo de confianza con sus pacientes, lo que constituye, a su vez, un medio relativamente seguro de gestionar adecuadamente la ingesta de medicamentos. Lo que a su vez explicaría las prácticas de prescripción consideradas como adecuadas de acuerdo con las normas clínicas.

4. Una perspectiva de resolución negociada

Racionalidad e irracionalidad respecto a la utilización de los medicamentos no representan las características respectivas de los médicos y de sus pacientes. Unos y otros ven sus actos modulados por lógicas complejas que los factores sociales y los procesos relacionales contribuyen a menudo a alejarse de los

parámetros de la racionalidad científica. Será a partir del consenso entre médico y paciente (Freidson, 1984), en cuanto a las causas de los síntomas experimentados y en cuanto a las soluciones a proveer, como se pueda frenar el mal uso de los medicamentos, al menos parcialmente. En la perspectiva de la interacción, en efecto, lo que orienta la acción depende más de la lectura que cada agente hace de la situación, que de la propia situación en sí misma. De ahí la importancia de las habilidades comunicativas para conectar con los valores que el paciente representa y así orientarlo negociadamente hacia un consumo responsable de medicamentos.

Bibliografía

- ANKRI, J. (1999): "Risque iatrogène et population âgée". *Adsp. Actualité et dossier en santé publique*, nº 27, Juin, 41-43.
- BARBOT, J. (1999): "Les associations, la recherche et l'accès aux nouveaux médicaments". *Adsp. Actualité et dossier en santé publique*, nº 27, Juin, 63-64.
- CARBONIN, P. et al. (1991): "Is age an independant risk factor of adverse drug reaction in hospitalized medical inpatients?". *JAGS*, Nº 39, 1093-1099.
- COHEN, D. y COLLIN, J. (1997): *Les toxicomanies en lien avec le médicaments psychotropes chez les personnes âgées, les femmes et les enfants: recension et analyse des écrits*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux-Groupe de travail sur la prevention des toxicomanies.
- COLLIN, J. (1999): "Rationalité et irrationalité à l'origine du mésusage des médicaments". *Adsp. Actualité et dossier en santé publique*, nº 27, Juin, 55-58.
- CLARK, H.; DYER, S. y HORWOOD, J. (1998): *That bit of help. The high value of low level preventative services for older people*. Bristol: Policy Press.
- DEMIRDJIAN, S. et al. (1999): *Le médicament*. Paris: Nathan.
- E. I. W. H. (1996): *Women in Europe: Towards Healthy Agein*. Dublin: European Institute of Women's Health.
- FOURIER, A. et al. (1993): "Sociodemographic characteristics and polypharmacy in orderly people: data from the Paquid study". *Post Market Surveillance*, nº 7, 291-298.
- FREIDSON, E. (1984): *La profession médicale*. Paris: Payot.
- GARCÍA, A. (Coord.) (1998): *Claves de Educación para la salud*. Murcia: Diego Marín.

- GARCÍA, A. (1999): "Educación para la salud y comunidad". en MORÓN, J.A. (Dir.): *Educación para la Salud y Municipio*. Dos Hermanas (Sevilla): Ayuntamiento de Dos Hermanas/Junta de Andalucía.
- GARCIA, A.; SÁEZ, J. y ESCARBAJAL, A. (2000): *Educación para la salud. La apuesta por la calidad de vida*. Madrid: Arán.
- GRIFFITH, S. (1990): "A review of factors associated with patient compliance and the taking of prescribed medicines". *British Journal of General Practice*, nº 10, 114-116.
- HANCHETT, E. (1983): *Salud de la Comunidad*. Buenos Aires: Paidós.
- HEIKKINEN, E.; KUUSINEN, J. y RUOPPILA, I. (eds.) (1995): *Preparation for aging*. New York: Plenum Press.
- ILLICH, I. (1975): *Némesis Médica*. Barcelona: Barral.
- JOUVENCEL, M. R. (1987): *Salud, educación y violencia*. Madrid: G.J. Knapp.
- LENGLET, R. y TOPUZ, B. (1998): *Des lobbies contre la santé*. Paris: Syros/Mutualité française.
- MANCHON, N. et al. (1989): "Fréquence et gravité des interreactions médicamenteuses dans une population âgée: étude prospective concernant 639 malades". *Revue de Médecine Interne*, nº 10, 521-525.
- NERI, A. (1983): *Salud y Política Social*. Buenos Aires: Librería Hachette.
- NICOLÁS ORTIZ, C. (1983): *El Derecho a la Salud*. Madrid: Encuentro.
- OMS: *The Brasilia Declaration on Ageing*. Ginebra: OMS.
- PIGNARRE, P. (1997): *Les deux médecines. Médicaments, psychotropes et suggestion thérapeutique*. Paris: La Découverte.
- PIGNARRE, P. (1999): *Puissance des psychotropes, pouvoir des patients*. Paris: PUF.
- POSTMAN, N. y WEINGARTES, C. (1981): *La enseñanza como actividad crítica*. Barcelona: Fontanella.
- SARLET, A.M.; GARCÍA, A. y BELANDO, M. R. (1996): *Educación para la salud: Una perspectiva antropológica*. Valencia: Nau Llibres.
- TANBLYN, R. (1996): "Medication use in seniors: challenges and solutions". *Thérapie*, nº 51 (3), 269-282.
- TINETTI, M.E. et al. (1994): "A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community". *The New England Journal of Medicine*, nº 21, 239-246.
- TURNER, C.E. (1967): *Planteamiento de la Educación Sanitaria en las Escuelas*. Barcelona.
- SENON, R. D. (1997): *Le médicament*. Paris: Flammarion.
- VV.AA. (1965): *Educación para la Salud*. México: Trillas.
- WALKER, S. N. (1990): "Promoting healthy aging.", en FERRARO, K. (ed.): *Gerontology: Perspectives and Issues*. Nueva York: Springer.
- ZARIFIAN, E. (1996): *Le prix du bien-être. Psychotropes et société*. Paris: Odile Jacob.