

En torno a las bases del bienestar. La situación de las personas mayores



En torno a las bases del bienestar. La situación de las personas mayores

The bases of welfare. The situation of older people

En este artículo se trata de presentar algunas de las dificultades existentes para el desarrollo e implantación de un nuevo modelo de salud fundamentado en el desarrollo comunitario y no sometido a la lógica de la rentabilidad económica. A partir de ahí, se analiza el impacto de la expansión del envejecimiento y los efectos de aquellas dificultades en la calidad de vida de las personas mayores y algunas propuestas que contrabilancen la situación.

This article presents some of the difficulties in developing and introducing a new model of health based on community development that is not subject to the logic of economic profitability. It then goes on to analyse the impact of the increase in ageing, and the effects of these difficulties on the quality of life of older people, and to make some proposals to counterbalance this situation.

Palabras clave

Bienestar, Calidad de vida, Envejecimiento, Promoción de la salud, Rentabilidad económica vs. desarrollo comunitario.

Key words

Welfare, Health promotion, Economic profitability vs. community development, Ageing, Quality of life.

Autor: Alfonso García/Juan Benito

Artículo: En torno a las bases del bienestar. La situación de las personas mayores

Referencia: Educación Social, num. 22, pp. 51-70

Dirección profesional: Universidad de Murcia

jbenito@um.es
Agarcia@um.es

Responsabilidad social y promoción de la salud

La vejez debe ser una construcción social de las personas mayores en interacción con su entorno, debe ser un proyecto vital

Como otra etapa cualquiera de la vida, la vejez debe ser una construcción social de las personas mayores en interacción con su entorno, debe ser un proyecto vital como el de la juventud, porque, hasta que la muerte nos visite, hay vida y posibilidad de ejercitarla creciendo en todos los aspectos de la personalidad. De acuerdo con esta perspectiva, están produciéndose muchas iniciativas que implican a las personas mayores en sus contextos sociales próximos y les reivindican como ciudadanos activos y capaces de vivir integrados plenamente.

En ese sentido, el análisis de las dificultades con que se encuentra la implantación del nuevo modelo de salud nos revela que una de éstas es, actualmente, y con una gran influencia, que la promoción de la salud se encuentra encajonada entre dos discursos conflictivos en torno a su orientación:

a) Por un lado, se otorga cada vez más importancia al derecho de las personas a decidir por sí mismas lo que es apropiado (lo que denominamos 'capacitación', es decir, otorgarles más capacidad de acción en todos los terrenos y, por tanto, más poder) para su salud, y al papel que juegan las instituciones de salud en el trabajo de campo con las comunidades para modificar las condiciones de vida desfavorables para la salud (polución, desigualdad, exclusión social, etc.).

b) Por otro, todos los programas públicos están sometidos a enormes presiones para que se pueda demostrar la rentabilidad de cada inversión, siguiendo las pautas del más puro neoliberalismo. Lo que, en promoción de la salud, quiere decir menos problemas de salud y costes menos elevados. Quizás sea un objetivo aceptable, pero en el ejercicio práctico eso fuerza a desarrollar modelos de intervención biomédica o comportamental, donde puede fácilmente establecerse la relación entre patologías discretas y comportamientos individuales y a dejar de lado proyectos a medio y largo plazo, esto es, lo auténticamente formativos. Los acuerdos se concentrarán, a partir de ahí, sobre enfermedades específicas (enfermedades cardiovasculares y cáncer) o sobre comportamientos específicos (hábitos nutricionales, tabaquismo...) o, en el mejor de los casos, sobre políticas públicas por lo que no hay otra alternativa de opción favorable para la salud que las decretadas por los profesionales del ramo.

Ciertamente, esta segunda opción responde a un discurso neoliberal que inyecta en los programas públicos los principios imperantes en el mercado:



todo programa dirigido al desarrollo de iniciativas de desarrollo comunitario debe ser *rentable*. La efectividad y la eficacia se convierten así en consideraciones básicas para el desarrollo de la acción social en los programas financiados públicamente. La contradicción resulta más evidente cuando tales programas son reclamados por la colectividad como una necesidad que tiene poco o nada que ver con la rentabilidad económica. ¿Quién decide entonces?

Pero la tensión entre ambos discursos no se reduce a una cuestión de justificación de inversiones, ni siquiera de demostración de resultados fácilmente verificable. Es una cuestión ideológica. La ideología del primer discurso se apoya en el principio de justicia social de la *igualdad de resultados*. La prueba del contrato social existente en este caso consiste en reducir la desigualdad entre las personas. La ideología del segundo discurso se funda en el principio ultraliberal de la igualdad de oportunidades. La prueba del contrato social estriba en suprimir todo aquello que pueda dificultar la iniciativa individual y ¡que pase lo que tenga que pasar! Ésta lógica, ciertamente, se ha convertido en la ideología predominante de las políticas y de las elites de nuestras actuales sociedades. Pero también sabemos que las desigualdades económicas, tanto dentro de los países como entre los Estados, nunca han sido tan pronunciadas y que las desigualdades en el campo de la salud se agravan en numerosas regiones del mundo.

Sin embargo, las instituciones de salud son criaturas complejas, e incluso en contextos ideológicos opuestos asistimos a modestas tentativas de desarrollo de la colaboración entre poderes públicos y grupos comunitarios, apoyándose en una ideología de justicia social, cuyo objetivo es el de reducir las desigualdades entre las personas en términos de experiencia vital y de medios materiales. La justicia social tiende a concebirse en el criterio de demarcación mediante el cual los sistemas de salud eligen entre qué grupos apoyar y cuáles rechazar. La acción del sistema de salud en este campo es difícil pero, sin embargo, de una importancia vital, y precisa de la cooperación con numerosos sectores y grupos de la sociedad civil.

En efecto, lo que sucede es que estamos en una situación en la que lo que se decide es si consolidamos o no la transición de la salud social a la apropiación de la salud por cada cual; transición cuyo tratamiento comunitario, que responsabiliza a cada sujeto en el seno de su propio grupo, permite avanzar en una dirección que tornará menos cómodos los tratamientos prescriptivos y desresponsabilizadores de la salud pública tradicional. Un paso que conduce a modificar la presión social, haciéndola más próxima, y con el que la persona se ve “elevada al rango de cuasi-legislador del bien común del que, en adelante, se siente juez, garante y responsable” (d’Houtaud, 1998: 10). De este

modo la salud se percibirá cada vez menos como un destino padecido, para convertirse en un proyecto dinámico, es decir, dejará de ser un destino colectivo para tornarse en un proyecto personal que se construye dentro de una comunidad, y para el que ésta prepara dotando educativamente de los recursos necesarios a sus miembros (García, 1999a; 1999b; 2000a; 2000b).

Tres premisas básicas

Son tres las premisas básicas de las que hay que partir para considerar el reparto de responsabilidades entre aquellos que establezcan las colaboraciones precisas para realizar este trabajo.

1) *La colaboración entre los sistemas de salud y los grupos comunitarios en torno a los determinantes más amplios de la salud está mejor descrita por el concepto de “desarrollo de la comunidad”.*

Los grupos comunitarios frecuentemente autoorganizados, se comprometen en acciones que afectan a los determinantes de la salud –incluso si ese no es su objetivo principal– y movilizan tanto sus propios recursos como los externos. Raramente estos grupos definen este proceso como desarrollo comunitario. El término *desarrollo comunitario* se apoya históricamente en los esfuerzos de las agencias gubernamentales y las ONGs para organizar y apoyar a los sectores menos poderosos de su sociedad para que adquieran mayor importancia en la toma de decisiones económicas y políticas. En términos más específicos, el desarrollo de la comunidad describe cómo el conocimiento, y otros recursos materiales o financieros de poder que poseen los agentes de salud y sus instituciones, se usa para aumentar la capacidad de los grupos para actuar en temas y cuestiones importantes para sus miembros. La responsabilidad en la colaboración se refiere menos al *contenido* del trabajo (el tema específico de salud implicado) que al *proceso* del trabajo.

Con ello se pone de manifiesto la importancia de los acuerdos sobre, y la adopción de, un modelo analítico de los determinantes del sistema de salud para establecer la necesidad de mostrar cómo trabajar con las instancias potencialmente colaboradoras en el desarrollo comunitario también representa obtener resultados para la salud. La idea que este modelo presenta es que la gente que vive aislada en condiciones de riesgo padece más enfermedades, vive menos y con menor calidad de vida. A menudo, internalizan la injusticia

La responsabilidad en la colaboración se refiere menos al *contenido* del trabajo que al *proceso* del trabajo



de sus circunstancias sociales como aspectos de su propia *maldad*, incrementando así sus factores de riesgo psicosociales, que también están asociados con resultados de salud más pobres. Esto es más común cuando el discurso social dominante sobre el éxito es meritocrático (la gente obtiene lo que se merece y se merece lo que tiene). Tales personas a menudo manifiestan estilos de vida menos saludables, en parte como reflejos o búsqueda de mecanismos para solucionar vidas realmente infelices. Todo ello incrementa los factores de riesgo psicológicos amenazantes para la salud. Por último, la investigación sobre salud de la población sugiere que las condiciones de riesgo y los factores psicológicos de riesgo pueden ser determinantes de la salud más significativos que los factores fisiológicos o comportamentales.

2) El desarrollo comunitario difiere de las orientaciones de promoción de la salud basadas en la comunidad.

La mayoría de los programas de los sistemas de salud con sus colaboradores sí usan un enfoque basado en la comunidad: individuos, grupos y organizaciones son movilizados por una agencia de salud, a menudo con socios, en torno a una enfermedad específica o temas de conductas saludables. El enfoque basado en la comunidad es a veces considerado como *de arriba hacia abajo*, donde la identificación de los problemas se hace desde arriba.

La selección de programas con objetivos cuantificables basados en datos epidemiológicos o de vigilancia de factores de riesgo es la norma. Las actividades del programa incluyen habitualmente campañas de marketing social, apoyo mediático, programas de educación para la salud en las escuelas, ferias de salud y eventos públicos y esfuerzos (desde la persuasión a la coacción) para permitir el acceso a alimentos saludables y oportunidades de mantenimiento físico o para restringir el acceso a productos dañinos para la salud (*i. e.*, el tabaco). Pero aunque los programas basados en la comunidad son importantes, también son limitados: tales programas no llegan a la gente más marginada, o no son capaces de incorporarlos a participar en los programas en ninguna de sus fases. Más aún, ignoran ampliamente las condiciones socioeconómicas que determinan la salud. Políticamente, tales progresos pueden ser irrelevantes para las vidas y condiciones de muchas personas, en especial las personas con menos recursos cuya salud (y riesgo de enfermar) está en parte condicionada por su propia ausencia de recursos. Tales grupos, a menudo, confían en los recursos externos para auto-organizarse en torno a sus propios intereses, definidos de manera más o menos amplia. El tema, entonces, es menos saber cual es la *salida* (enfermedad o pobreza) que conocer quién la determina y como se establecen rígidamente los modelos explicativos, las metas y los objetivos.

La mayoría de los programas de los sistemas de salud con sus colaboradores sí usan un enfoque basado en la comunidad, son movilizados por una agencia de salud

Lo que refuerza la importancia de trabajar con un modelo analítico de los determinantes de salud (véase cuadro), para evitar que las respuestas de las autoridades de salud sean las que se acomodan a sus propias preguntas. Así sucede con administraciones que inician sus programas preguntando a los líderes de las comunidades cuales sean los principales problemas en el área de salud. En las comunidades pobres afro-americanas, sus líderes identifican aquellos como los de pobreza, racismo, vivienda, desempleo y violencia asociada al consumo de sustancias. Los trabajadores de salud realizan, entonces, las tareas *científicas* pasando una encuesta. Los líderes de la comunidad, reunidos juntos en una nueva colaboración con las autoridades de salud, golpean su pierna impacientemente esperando el inicio de la acción: “¡Ya les hemos dicho cuáles son los problemas!”. Los resultados de la encuesta fueron tabulados cuidadosamente. Las complejas estadísticas realizadas, los *hechos científicos* revelaron que las *opiniones* de los líderes estaban equivocadas. Los problemas fundamentales eran *de hecho* el cáncer y las enfermedades coronarias. Los riesgos más importantes eran fumar, hipertensión, falta de ejercicio y mala alimentación y que deberían ser temas prioritarios de la actuación de los líderes comunitarios.

Evidentemente, la encuesta de las autoridades de salud, su instrumento científico, sólo contenía preguntas sobre factores de riesgo individuales y enfermedades. Ni una sola pregunta acerca de las cuestiones referidas por las *opiniones* de los líderes. Irónicamente, los únicos datos aceptables para la comunidad eran los proporcionados por los líderes de la comunidad.

3) *La orientación de desarrollo comunitario se justifica por su contribución a la mejora de la capacidad del grupo, para actuar sobre sus problemas, no sobre lo que realmente ha sido realizado por el grupo para resolverlos.*

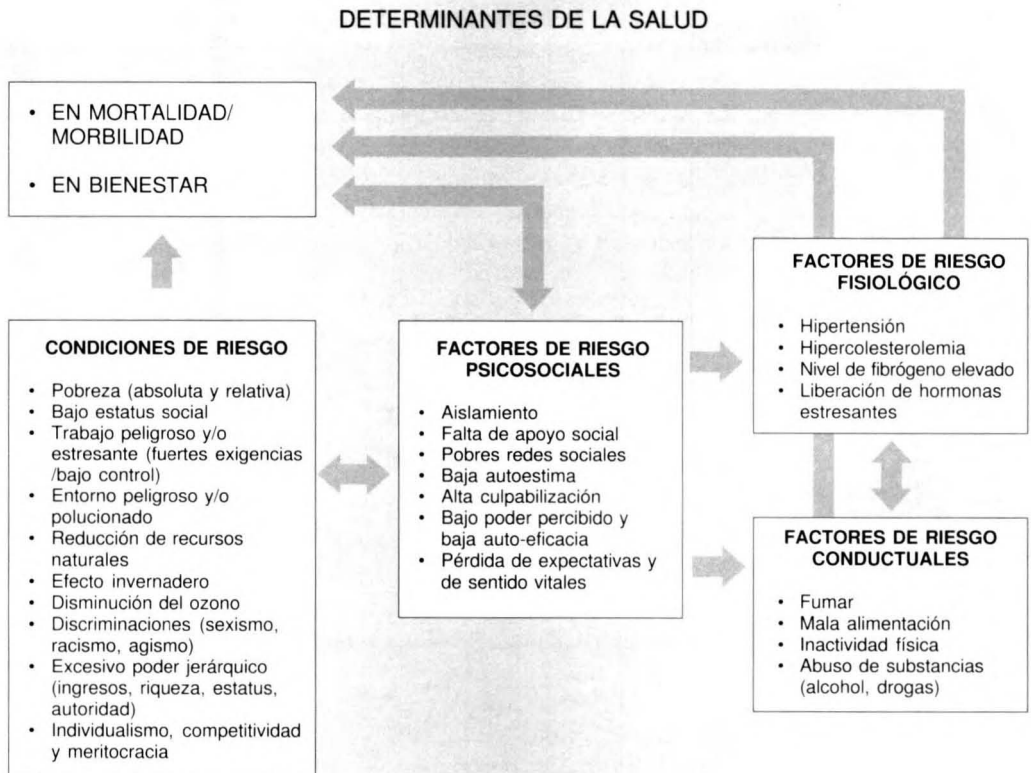
Numerosos sistemas de salud quieren trabajar a partir de un modelo de desarrollo comunitario. Pero finalmente siempre hay que justificar las inversiones, la realización de las responsabilidades y rendir cuentas. Si se ayuda a un grupo en una actuación de lucha contra la pobreza, por ejemplo, ¿no es razonable esperar que sea el grupo quien muestre cómo su acción ha ayudado a mejorar los índices de pobreza? Puede parecerlo, sin embargo es matizable por dos razones:

a) En primer lugar, la definición inicial de un problema amplio y complejo puede modificarse conforme el grupo realiza actividades concretas para resolverlo. Tomemos por ejemplo la reducción de la pobreza en una localidad determinada. Puede suceder que mediante el contacto con los afectados, el diálogo, el análisis del problema, etc., el grupo decida reducir sus ambiciones



y concretarse en soluciones más inmediatas y menos complejas como, por ejemplo, mejorar las condiciones de vivienda. Este aprendizaje a través de la acción y esta reconsideración permanente de las actividades y de los objetivos específicos es bastante típico del desarrollo comunitario.

b) En segundo lugar, en un enfoque de desarrollo comunitario, se pretende ampliar el poder percibido y real del grupo; una parte de este poder reside en la autoridad del grupo para determinar sus acciones y los medios mediante los que evaluará su realización. En este enfoque, la responsabilidad de la definición de las tareas y la evaluación de su realización corresponde a los grupos. Las ayudas al desarrollo comunitario por parte de las autoridades y agencias de financiación deben ser gestionadas por los grupos, lo que refuerza su capacitación; y exige una gran flexibilidad por parte de los financiadores a la hora de exigir la rendición de cuentas para justificar sus inversiones.



Se hace absolutamente necesario que aquellos que financian los programas de salud reconozcan también la importancia de las pruebas cualitativas para demostrar los efectos de lo realizado

Se hace absolutamente necesario que aquellos que financian los programas de salud reconozcan también la importancia de las pruebas cualitativas para demostrar los efectos de lo realizado y también para mostrar lo que se ha aprendido (entre las que hay que contar las valoraciones de los afectados). Es igualmente preciso diferenciar entre la investigación que esclarece los vínculos entre las condiciones de riesgo, los factores de riesgo psicosociales, los comportamentales, los impactos psicológicos y, por último, el bienestar, la morbilidad y la mortalidad y las formas de evaluación continua o de los informes que pueden esperar del avance de iniciativas de desarrollo comunitario. Lo que, para los escépticos, no es muy diferente del modo como se evalúa la práctica médica cotidiana: a cada intervención de cirugía cardiovascular, por ejemplo, no se le pide que evalúe sistemáticamente cuál ha sido su impacto sobre el estado general de salud de una población. Lo que se le pide es que la operación procure al paciente una mejor calidad de vida, que pueda aumentar su longevidad y que la intervención se realice de acuerdo con las prácticas aceptadas.

Pues lo mismo debe pasar con las iniciativas de desarrollo comunitario, que han de ser capaces de contabilizar aquellas acciones que contribuyan a la mejora de la salud, que no dañen la salud, o al bienestar de las personas participantes en el programa, que mejoren la calidad de vida de los participantes y que respondan a normas de acción práctica aceptadas. Así, frente a la desapropiación de la gente de sus saberes de salud por parte de expertos y especialistas, se trata de reorientar los discursos, los saberes y las políticas sociales para ponerlas conscientemente al servicio de la información y de la educación de todos, y en especial de los más desfavorecidos.

La novedad del fenómeno del envejecimiento global

El espectacular crecimiento de la población mayor de 65 años en todo el mundo, que se ha podido constatar tendencialmente en la última década del siglo XX, nos sitúa ante un fenómeno que jamás había tenido lugar antes en la historia de la humanidad. Así, de los 332 millones aproximadamente que en 1991 superaban esa edad, hemos pasado en el 2000 a 426 millones. Y la tendencia, lejos de frenarse, parece ir en aumento, es decir, será más manifiesta en un futuro próximo y, en especial, cuando la generación de los *baby boomers* alcance los 65 años de edad (Galambos y Rosen, 1999). Las consecuencias que



se derivan de esta situación sociodemográfica afectarán al conjunto de nuestra estructura social y pondrán a prueba los recursos adaptativos y no pocos valores que actualmente prevalecen en nuestras sociedades. Entre ellas, la ONU ya ha puesto de manifiesto cuatro focos de preocupación para un inmediato futuro que, de hecho, se confunde con el presente, y que requieren una especial atención desde el punto de vista sociopedagógico y, en particular, de los enfoques educativos para la salud que apuntan en la perspectiva promocional de la calidad de vida:

- a) la situación de las personas mayores
- b) el desarrollo individual a lo largo de la vida
- c) las relaciones intergeneracionales, y
- d) la relación entre desarrollo y envejecimiento poblacional.

Unos aspectos que pretenden englobar el conjunto de los elementos que juegan en el campo de esa progresión de la población mayor y que se asocian a objetivos irrenunciables desde el punto de vista de la acción educativa para la salud: independencia, participación, cuidado, autorrealización y dignidad. Veámoslos más detenidamente.

a) La situación de las personas mayores

La manera en que las personas mayores son percibidas por la sociedad varía de un país a otro y de una cultura a otra y, como se ha demostrado hasta la saciedad, afecta a la atención que reciben y se les presta, a su independencia y a su participación en las distintas esferas de la vida social. Una visión cultural positiva de los mayores se determina, fundamentalmente, por el sostén que los valores sociales atribuyen al estatuto de las personas mayores.

En las sociedades industrializadas, las personas mayores no son determinantes para el funcionamiento de la familia nuclear, esto es, la formada por padres e hijos, y el cuidado de los mayores dependientes está asumido habitualmente por el sistema formal de cuidados de larga duración o crónicos. Conforme las naciones se industrializan, parece establecerse un nexo entre la pérdida de funciones y el estatuto de las personas mayores, dada la tendencia a formar familias más nucleares, lo que minimiza la importancia de las contribuciones de los mayores (Barrow, 1996).

Esta situación tiende a agravarse por el movimiento neoliberal de reforma sanitaria tendente a la reducción del gasto público en salud, del que se resienten los más frágiles y aislados de entre los mayores. En efecto, conforme

Objetivos irrenunciables desde el punto de vista de la acción educativa para la salud: independencia, participación, cuidado, autorrealización y dignidad

los países industrializados avanzan en la limitación de servicios, incrementando las privatizaciones y utilizando servicios contratados, los principales afectados suelen ser las personas mayores (y otros segmentos de población fragilizados) (Chappell, 1997), en especial en lo que se refiere al recorte de las medidas destinadas a prolongar la vida (Bond, 1997). Es aquí donde la visión tecnocrática de la vejez como 'improductiva' alcanza su más cínica expresión.

b) Desarrollo individual a lo largo de la vida

Recientes estudios transculturales (Katzko *et al.* 1998) acerca del autoconcepto de las personas mayores sugieren que una dimensión significativa de una madurez plena es encontrar nuevas y diversas vías para seguir teniendo una vida plena de sentido. O sea, que las habilidades adquiridas por los mayores para encontrar un sentido a la vida contribuyen positivamente a la experiencia de envejecer (Bazo, 1996).

Dichos estudios sugieren también que existe una correlación importante entre bienestar y buena situación de salud, así como entre los estilos de vida desarrollados en las etapas anteriores de la vida y los efectos de los cuidados de salud en la calidad del envejecimiento. Las sociedades pueden contribuir al desarrollo permanente de las personas mayores y a su bienestar a través de mecanismos que animen a los mayores a contribuir a la vida de su comunidad, a permanecer insertados en las redes sociales y a mantener su independencia personal. Entre ellos podemos enumerar el estímulo de la acción voluntaria, la participación en el trabajo (remunerado o no), la educación permanente y la ayuda a las tareas y actividades de sus familiares, la promoción de la salud (grupos de autoayuda, redes de acción comunitaria...) y la atención temprana a los problemas de salud emergentes. Como puede apreciarse, se trata de mecanismos que en vez de orientarse a la cura de patologías potencian los factores que permiten aumentar o mantener actividades que prevengan el declive de la independencia (Safford y Krell, 1997; García, 1999b).

Potencian los factores que permiten aumentar o mantener actividades que prevengan el declive de la independencia

c) Relaciones intergeneracionales

Una "sociedad para todas las edades" fue el eslogan del Año Internacional de las Personas Mayores (1999). Dicho lema repercutía una preocupación derivada de las tendencias y valores productivistas de nuestra sociedad que apuntan al aislamiento de las personas mayores en guetos en razón de su edad. En el fondo aflora la cuestión de establecer nuevos referentes socioculturales en los que no se genere ningún tipo de tendencia aislacionista o excluyente en



función de la edad, así como se refuerce la que considera la construcción social como el resultado del esfuerzo cooperativo de todos los ciudadanos. Un magnífico ejemplo de cómo ello es posible llevarlo a cabo lo constituye el desarrollo de programas de implicación intergeneracional que, como el denominado *Bifrienders* (Osborne y Bullock, 2000) se ha desarrollado en una comunidad rural estadounidense.

d) La relación entre desarrollo y envejecimiento de la población

Cada vez con más frecuencia se está reconociendo que la provisión de servicios sociales y de salud para las personas mayores deben formar parte de las estructuras informales y formales de atención, y que estas últimas deben ser sensibles a las orientaciones culturales de los que reciben la atención, optimizando y apoyando sus tradicionales estructuras informales (Litwin, 1994; García, Sáez y Escarbajal, 2000).

Como apunta el *Informe SESPAS 2000* (Alvarez y Peiró, 2000) tal orientación se ve dificultada, en nuestro país, por la diferencia existente entre servicios sanitarios y servicios sociales, no sólo en cuanto a las disparidad de estructuras que gestionan unos y otros, sino especialmente por la propia concepción del papel que han de jugar ambos tipos de servicios, es decir, la apreciación de los servicios sanitarios como un derecho universal, mientras que los servicios sociales mantienen un carácter graciable.

Algo que, vista la experiencia de programas como el catalán “Vida als Anys”, no debería representar, en sí mismo, una dificultad insuperable. Antes al contrario nada imposibilita la integración de los recursos disponibles, independientemente de su titularidad, en redes que cubran la totalidad del espectro sociosanitario, coordinando las intervenciones sociales, sanitarias y comunitarias, y facilitando la identificación temprana de los problemas, en especial en los casos de necesidad, procurando la existencia del ‘mínimo vital garantizado’.

Un ejemplo del malestar en las personas mayores: el maltrato

El silencio que rodea el maltrato hacia las personas mayores se profundiza por la propia complejidad de las relaciones humanas, de modo que la familia es un muro de silencio –también pueden serlo las instituciones– cuando de este tema se trata. De este modo, los escenarios principales donde se produce el maltrato a los mayores son la familia y las instituciones, sin que ello excluya la posibilidad de que se produzca en otros como el entorno comunitario. Las categorías relacionadas con el maltrato a las personas mayores que han sido detectadas son de tres tipos:

a) Financiero: robo de dinero, de bienes muebles o inmuebles, gorroneo por parte de los familiares.

b) Psicológico: amenazas de rechazo, privación de visitas, humillación, infantilización, abandono, etc.

c) Físico: brutalidad, golpes, heridas mal o no curadas, etc. Lo que sucede es que estos abusos, muy a menudo, se producen en cascada: presiones psicológicas, brutalidad física asociada al maltrato financiero, y se agravan considerablemente en contextos de dependencia. También se producen negligencias, voluntarias o no, con las personas mayores por omisión de la ayuda en los acontecimientos de la vida diaria: al levantarse o acostarse, en el aseo, la comida o el paseo. Desde luego, parece que los problemas financieros de los familiares en paro aumentan el riesgo de que se produzcan abusos.

Muy a menudo las situaciones conflictivas con los mayores son debidas a malentendidos o a la ausencia de comunicación

El refuerzo de la ayuda a domicilio, del apoyo a los que ayudan, la mejora del hábitat, la orientación de los mayores hacia un centro de día o de estancia temporal, las medidas de respiro para las familias y de mejora de su tolerancia respecto de los mayores, etc., representan medidas preventivas y complementarias de las políticas sociales sobre la vejez. En la perspectiva integradora de los servicios a prestar a las personas mayores podemos encuadrar la propuesta de servicios de escucha en los que pueden participar y colaborar activamente profesionales que ya no están en activo para atender a otras personas mayores. En efecto, muy a menudo las situaciones conflictivas con los mayores son debidas a malentendidos o a la ausencia de comunicación. Así, la falta evidente de una verdadera comunicación intergeneracional en el seno de las familias parece ser la causa más frecuente de desencuentros y conflictos. Por ese motivo, los remedios al maltrato pasan en primer lugar por una escucha ‘pluridisciplinar’ (agentes y consejeros) y después por una



propuesta de coordinación de los distintos profesionales intervinientes en el marco de un comité técnico que decida las disposiciones a adoptar tanto sanitarias como sociales en atención a las personas mayores con problemas de maltrato. El centro de atención (escucha) se constituye a tres niveles con funciones complementarias:

- Los escuchas voluntarios: reclutados entre los jubilados de profesiones sanitarias, sociales, administrativas o educativas. Tienen permanencias de dos medias jornadas por semana, en lugar confidencial y con nombre seudónimo.
- Los voluntarios están coordinados por consejeros, profesionales de la acción social y médica gerontológica, que pueden ser, a su vez, jubilados voluntarios o profesionales en activo.
- Un comité técnico de coordinación y dirección: geriatras, psicólogos, asistentes sociales, directores de centros de acogida, jueces, fiscales, representantes de las Administraciones (Ayuntamientos, Servicios Sociales Autonómicos, INSERSO, etc.), asociaciones y ONGs. Su papel es el de consultores que pueden estudiar e informar ciertos informes elaborados.

El sistema funciona, por tanto, a tres niveles:

- 1º Los escuchas recogen las quejas y casos por escrito.
- 2º Los consejeros los estudian y deciden el camino a seguir.
- 3º Recurren a los consultores para contrastar sus decisiones.

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 (McDaniel, 1997). 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 pública 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 sumar 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 sociosanitarios. 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.

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

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 fomento de comunidades seguras

En realidad, existen muchas oportunidades para desarrollar acciones de promoción de la salud con las personas mayores, que deben privilegiar a los grupos más desfavorecidos de la comunidad (McDaniel, 1997; García, 1999a), 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 Belando, 1996).

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:

- Formación de un grupo intersectorial que sea responsable de la prevención de daños. Implicación de las redes comunitarias locales
- El programa se dirigirá a todas las edades, entornos y situaciones
- 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.
- El programa dispondrá de un mecanismo para documentar la frecuencia y las causas de los daños.
- El programa debe tener un tratamiento a largo plazo y no ser de corta duración.
- La evaluación del programa incluirá indicadores que muestren los efectos y proporcione información del proceso y sus avances.
- Cada comunidad analizará sus organizaciones y su potencial para participar en el programa.
- La participación de los servicios comunitarios de salud es esencial tanto en el registro de daños como en su prevención.
- Estar preparado para implicar a todos los sectores de la comunidad en la solución del problema de daños.



- Difundir la información sobre la experiencia generada tanto nacional como internacionalmente.
- 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) en 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 comunidad, 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”

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 para 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).

Conclusión

Promocionar la calidad de vida de las personas mayores supone un amplio abanico de medidas que permitan que tanto sus mínimos vitales materiales como el sostén psicológico y social necesarios estén asegurados, para que sus derechos sociales y de salud no se vean limitados por las disfunciones que el propio modelo de convivencia social impone. A su implantación deben contribuir no sólo quienes tienen la obligación legal de hacerlo, sino también los propios interesados utilizando los medios de todo tipo que existan a su alcance. Las experiencias existen y han sido codificadas. Se trata ahora de



aprender de ellas y ponerlas al servicio de un sector poblacional que será, en pocos años y si la tendencia no se invierte, absolutamente determinante para la organización de la vida de nuestras sociedades.

Alfonso García Martínez y Juan Benito Martínez
Universidad de Murcia

Bibliografía

- Álvarez, C.; Peiró, S. (Eds.) (2000), *Informe SESPAS 2000: La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo*. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.
- Barrow, J. (1996), *Aging, the individual and society*. West. Minneapolis.
- Bazo, M. T. (1996), "Aportaciones de las personas mayores a la sociedad: análisis sociológico", en *Reis*, nº 73, pp. 209-222.
- Bond, J. (1997), "Health care reform in the U.K.: Unrealistic or broken promises to older citizens?", en *Journal of Aging Studies*, nº 11, pp. 351-362.
- Carbonin, P. et al. (1991), "Is age an independent risk factor of adverse drug reaction in hospitalized medical inpatients?", en *JAGS*, nº 39, pp. 1093-1099.
- Clark, H.; Dyer, S.; Horwood, J. (1998), *That bit of help. The high value of low level preventative services for older people*. Policy Press. Bristol.
- Chappell, N. (1997), "Health care reform: Implications for seniors", en *Journal of Aging Studies*, nº 11, pp. 171-175.
- D'Houtaud, A. (1998), *Sociologie de la Santé*. L'Harmattan. París.
- E. I. W. H. (1996), *Women in Europe: Towards Healthy Agein*. European Institute of Women's Health. Dublín.
- Freidson, E. (1984), *La profesión médica*. Payot. París.
- Galambos, C.; Rosen, A. (1999), "The aging are coming and they are us", en *Health and Social Work*, vol. 24, nº 1, febrero, pp. 73-77.
- García, A. (1998a), "La perspectiva crítica de la Educación de Adultos", en J. García Mínguez (Coord.), *I Jornadas sobre Personas Mayores y Educadores Sociales*. Grupo Editorial Universitario. Granada. pp. 109-123.
- García, A. (Coord.) (1998b), *Claves de Educación para la salud*. Diego Marín. Murcia.
- García, A. (1999a), "Educación para la salud y comunidad", en J.A. Morón (Dir.), *Educación para la Salud y Municipio*. Ayuntamiento de Dos Hermanas/Junta de Andalucía. Dos Hermanas (Sevilla).
- García, A. (1999b), *Santé et vieillissement*. Ponencia presentada a la *Quatrième Conférence Mondiale sur le Vieillissement*. Montréal (Canadá), 5-9 de septiembre.
- García, A. (2000a), "Vejez, Salud y Educación", en J.A. Morón (Dir.), *Aportaciones y Experiencias en Educación para la Salud*. Ayuntamiento de Dos Hermanas. Dos Hermanas (Sevilla).
- García, A. (2000b), "Modelos socio-educativos para las personas mayores", en M.E. Medina y M.J. Ruiz, *Políticas sociales para las personas mayores en el próximo siglo*. CAM/Universidad de Murcia. Murcia.
- García, A.; Cerro, J. del (1996), "Teoría y política de la tercera edad: algunas reflexiones críticas", en *Revista de Pedagogía Social*, nº 13, pp. 17-34.
- García, A.; Escarbajal, A. (1997), "Calidad de vida y vejez: un cambio de perspectiva", en *Anales de Pedagogía*, nº 15, pp. 141-158.
- García, A.; Sáez, J.; Escarbajal, A. (2000), *Educación para la salud. La apuesta por la calidad de vida*. Arán. Madrid.

- Heikkinen, E.; Kuusinen, J.; Ruoppila, I.** (eds.) (1995), *Preparation for aging*. Plenum Press. New York.
- Katzko, M. et al.** (1998), "The self concept of the elderly: A cross-cultural comparison", en *International Journal of Aging and Human Development*, nº 46, pp. 171-187.
- Labonte, R.** (1998), *Health Promotion on Determinants of Health: Issues in Community Development Practice and Accountability*. Health Education Board of Scotland. Edimburgo.
- Labonte, R.** (1999), "Mutual accountability in partnerships: health agencies and community groups", en *Promotion and Education*, vol. VI, nº 1, marzo, pp. 3-8.
- Lenglet, R.; Topuz, B.** (1998), *Des lobbies contre la santé*. Syros/Mutualité française. París.
- Litwin, H.** (1994), "Filial responsibility and informal support among family caregivers of the elderly in Jerusalem: A path analysis", en *International Journal of Aging and Human Development*, nº 38, pp. 137-151.
- McDaniel, S.** (1997), "Health care policy in an aging Canada: The Alberta experiment", en *Journal of Aging Studies*, nº 11, pp. 211-227.
- Neri, A.** (1983), *Salud y Política Social*. Librería Hachette. Buenos Aires.
- Nicolas Ortiz, C.** (1983), *El Derecho a la Salud*. Encuentro. Madrid.
- OMS.** *The Brasilia Declaration on Ageing*. OMS. Ginebra.
- Osborne, S.; Bullock, J. R.** (2000), "Intergenerational programming in action: Befrienders", en *Educational Gerontology*, vol. 26, nº 2, pp. 169-183.
- Pignarre, P.** (1999), *Puissance des psychotropes, pouvoir des patients*. PUF. París.
- Postman, N.; Weingartes, C.** (1981), *La enseñanza como actividad crítica*. Fontanella. Barcelona.
- Safford, E.; Krell, G. I.** (1997), *Gerontology for health professionals: A practice guide*. NASW Press. Washington, DC.
- Sarlet, A.-M.; Garcia, A.; Belando, M. R.** (1996), *Educación para la salud: Una perspectiva antropológica*. Nau Llibres. Valencia.
- Tinetti, M. E. et al.** (1994), "A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community", en *The New England Journal of Medicine*, nº 21. pp. 239-246.
- Tirrito, T.; Nathanson, I.; Langer, N.** (1996), *Elder practice: A multidisciplinary approach to working with older adults in the community*. University of South Carolina Press. Columbia.
- Walker, S. N.** (1990), "Promoting healthy aging.", en K. Ferraro (ed.), *Gerontology: Perspectives and Issues*. Springer. New York.