

La familia, base y eslabón primario de la salud pública del futuro

Editor:

Mucho se ha escrito acerca de fenómenos globales como cambio climático, migración y envejecimiento, por citar un par de ejemplos. No ha sido el caso de la familia, eje central y eslabón primario de nuestras sociedades, sobre la cual poco se ha publicado. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) acaba de presentar “El futuro de las familias a 2030”, un informe con contenidos decididamente claves para planificar mejor la salud pública que viene (1).

El volumen contiene información conocida para quienes hacen práctica clínica o trabajan en organismos o instituciones de salud. Pero tiene además el valor agregado de permitir, con la fuerza de la evidencia, darle pensamiento a lo que se debería hacer o a imaginar el futuro de la planificación, implementación y gestión de políticas públicas para anticipar un escenario que parece bastante claro y complicado a la vez.

La familia extendida, que tanto caracterizó a una época de inmigración europea, representa un modelo en extinción. Como contracara, las facetas que modelan y modelarán las familias del siglo XXI incluyen, entre otras, el aumento en divorcios, viviendas unipersonales, parejas sin hijos y formalización de parejas del mismo sexo. Considerando las dos variables de la dinámica demográfica, el número de nacimientos (en disminución) y la esperanza de vida (en aumento), el panorama es desafiante.

En este escenario, y como factores moduladores, se encuentran una más prolongada educación formal de los jóvenes, una demanda laboral de alta especialización, el incremento en la inserción de las mujeres en el mercado de trabajo, el rol del Estado y sus políticas de protección social como un intento de proteger a los más vulnerables, el delicado equilibrio entre el mercado de trabajo formal e informal y la provisión de cuidados para un mundo que envejece y que cada día estará más poblado de personas mayores que vivirán solas.

Las opciones para resolver este intrincado y complejo escenario no parecen fáciles a simple vista. Países como Estados Unidos piensan un modelo de salud inclusivo basado en su reforma sanitaria, mientras que otros —como España— se debaten acerca de dónde “recortar” gastos de un consolidado modelo de bienestar y cobertura universal en salud, lo que vuelve a este desafío una tarea muy compleja.

En la búsqueda de soluciones

Un principio de la planificación sanitaria subraya la importancia de diferenciar entre un problema y una necesidad, donde esta —en contraste con aquel— expresa una diferencia con el estado óptimo, es decir lo que queremos solucionar. Dado que una necesidad de salud provoca una necesidad de servicios: ¿qué necesidades tendrá una sociedad modelada por un nuevo perfil familiar?

El aumento de familias monoparentales o personas viviendo en soledad acarrea un mayor riesgo de caer en la pobreza. Es aquí donde la protección social debe incidir adecuadamente. El fomento del entramado que brindan las redes sociales, las nuevas tecnologías y la solidaridad intergeneracional serán recursos de gran utilidad.

Al mismo tiempo, la mayor cantidad de adultos mayores obligará a realizar esfuerzos suplementarios en una asistencia social que brinde cuidados para las actividades de la vida diaria y, en consecuencia, harán falta también nuevos perfiles técnicos asistenciales (2). El incremento de parejas sin hijos debería llevar a políticas sociales que protejan a quienes los tienen y promuevan a quienes no los tienen. Así, la planificación urbana debería considerar más viviendas y de menos superficie. La planificación en educación girará en torno a la polarización entre la alta especialización y los oficios de baja capacitación, y sobre todo al fortalecimiento del empleo formal como un modo de hacer sustentable la política social.

¿Quiénes cubrirán desde la salud estas necesidades? Se necesitarán especialistas, pero además harán falta más médicos para atender los problemas de salud más frecuentes, los que más sufre la gente, lo prevalente en la comunidad —es decir, profesionales que conforman el primer contacto de la demanda, los médicos de familia o atención primaria. También se requerirán cuadros técnicos que estén inmersos en las comunidades y articulen con el nivel de resolución de mayor complejidad. Pero también será preciso educar a la población, construyendo un sentido de responsabilidad que le dé sentido a la explosión de información médica, la “medicalización” y el “alfabetismo médico” que existen hoy en día. Los tiempos actuales obligan a permear la salud a otras dimensiones del conocimiento y disciplinas. Politólogos, administradores, antropólogos, economistas y otros expertos, son hoy y serán cada vez más determinantes en toda política que piense una salud inclusiva y equitativa.

Toda esta ola de transformación torna perentorio un compromiso que trascienda las fronteras de la

salud tal como se la ha conocido en los últimos 50 años. Sin dudas ya es hora de una nueva forma de pensamiento para una nueva salud, una dimensión acorde a los nuevos tiempos en la cual se combinen actores tradicionales y otros no tanto, donde estén incluidos todos quienes representan a las nuevas sociedades: la sociedad civil, el sector privado, los gobiernos y otros actores sociales. Pensar en nuevas necesidades y en cómo satisfacerlas es prever. Pensar en las nuevas formas de constitución familiar será, de alguna manera, pensar por extensión en una nueva sociedad.

Diego A. Bernardini-Zambrini
Organización Panamericana de la Salud
Washington DC, Estados Unidos

REFERENCIAS

1. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. *The Future of Families to 2030*. París, Francia: OECD Publishing; 2011. Disponible en: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-future-of-families-to-2030_9789264168367-en Acceso el 24 de marzo de 2012.
2. Bernardini Zambrini DA. ¿Quién cuidará a nuestros mayores? ¿Problema o necesidad insatisfecha? *Rev Esp Geriatr y Gerontol*. 2012;47(2):81-2.