

Agentes de Salud: opción o solución al problema de la adherencia con antirretrovirales

D Fornons

Servicio Médico Centre Penitenciari d'Homes de Barcelona

RESUMEN

Este trabajo plantea una reflexión sobre la necesidad que tienen los agentes de salud, de superar las fronteras culturales a la hora de realizar su trabajo, haciendo especial mención de los problemas de adherencias a medicación antirretroviral.

Palabras clave: Cuidados médicos. Antropología cultural. Adherencia a tratamientos. Prisiones.

HEALTH AGENTS: AN OPTION OR SOLUTION TO ADHERENCE WITH ANTIRETROVIRAL MEDICATION

ABSTRACT

This study proposes a reflection as to the need of health agents to overcome cultural frontiers when carrying out their duties, especially in the case of problems of adherence to antiretroviral medication.

Key Words: Health care. Anthropology cultural. Therapy compliance. Prisons.

Los descubrimientos en el ámbito farmacológico y médico frente a la infección del HIV han sido importantes y esperanzadores para el colectivo multidisciplinar que trabaja en el tema y para la población afectada. Existe, no obstante, un cierto desánimo ante el problema de la adherencia a los tratamientos. Es lógico que en el ámbito profesional exista este sentimiento. La evolución histórica de la enfermedad, donde al inicio de la infección los recursos farmacológicos eran escasos, la posesión de ellos y la posibilidad de una mejor expectativa y calidad de vida frente a la infección no se traduce en unos resultados esperados y deseados por los profesionales.

La efectividad de los tratamientos pasa indiscutiblemente por su cumplimiento. El término inglés *compliance* (conformidad) explica con palabras distintas lo que denominamos adhesión. Este cumplimiento es definido por Haynes como «el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de

medicamentos, seguimiento de una dieta o modificación de los hábitos de vida, *coincide* con la prescripción realizada con el médico»¹. De la siguiente exposición insto a destacar la palabra *coincide*.

El no-cumplimiento del tratamiento antirretroviral, es en las prisiones españolas un problema cuestionado y planteado dada la alta prevalencia de la infección por el HIV, cerca del 20%². La adherencia de los tratamientos oscila en torno al 20-60% según diversos estudios. En la prisión de hombres de Barcelona, conocida como cárcel Modelo, esta cuestión está presente a diario en el equipo médico y se realizan serios intentos para paliarlo. Mi experiencia laboral en el centro, me lleva a la conclusión que el trabajo realizado tanto por el profesional médico como el de enfermería y el personal auxiliar sanitario es correcto. Matizaré esta afirmación: por correcto entiendo la labor ejercida sin tener en cuenta el resultado numérico o práctico. Es evidente que dicha afirmación ante la ba-

ja adherencia a los tratamientos pueda parecerle a la comunidad científica incorrecta y falsa.

En el trabajo cotidiano en la Modelo, el médico responsable de cada galería, realiza controles y seguimiento e intenta *transmitir* información al afectado realizando una *educación* sanitaria. (Las dos palabras en cursiva centrarán posteriormente la discusión). Enfermería por su parte, mediante charlas, counseling y diariamente en la consulta, trabaja en la misma línea. Los auxiliares sanitarios, en el día a día y en la repartición de la medicación también. Entonces, esta baja adherencia a ¿qué es debida?

Los estudios realizados se centran principalmente en las variables relacionadas con el paciente, con el tratamiento, con la enfermedad o con los profesionales sanitarios.

Planteo la introducción de las variables educación y cultura. Planteo al mismo tiempo un modelo basado más en el colectivo de afectados como globalidad, que en un análisis pormenorizado e individualizado de cada afectado, sobre todo en el ámbito penitenciario. Todo esto desde la mirada de la antropología.

Centro la discusión en el grupo humano formado por los presos. Todos los grupos humanos somos poseedores de un conjunto de códigos, normas, creencias, conceptos e imágenes adquiridos, tanto porque el grupo nos lo ha transmitido como por lo que adquirimos en nuestra propia experiencia de vida. La sociedad, el grupo al que pertenecemos no tan sólo nos transmite esta información, sino que generan hábitos y formas específicas de actuar ante ciertos estímulos.

Entiendo la educación como la transmisión no tan sólo de información, sino de unos valores, formas de entender y explicar la realidad, es decir lleva implícita una relación con el sujeto educado. Sin ello, no es educación, es transmisión de información a un objeto educado.

Siguiendo con la discusión, planteo que sin una misma base cultural, esa base formada por un «imaginario cultural común», cualquier intento de educación no es posible, al menos si es el concepto anteriormente expuesto. Retomo las tres palabras escritas en cursiva; *coincide*, *transmitir* y *educación*.

En la prisión por más que los profesionales sanitarios nos esforcemos, es difícil coincidir con nuestros usuarios, porque «hablamos» distintos idiomas. Nuestros conceptos culturales, nuestras experiencias de vida y conceptualización de la realidad son diferentes. Por más que intentemos entender y comprender su vivencia de la realidad, fracasa, como fracasa el antropólogo cuando intenta descifrar e interpretar otra cultura desde su propia sociedad.

Intentamos transmitir una información, que en si es correcta, pero la vía, el «idioma» no coincide con el receptor, el cual entiende los datos, pero no los integra en su experiencia diaria, no los adquiere. Todo esto sucede sin que la voluntad tanto del emisor del mensaje como el receptor, entre en juego.

Intentamos educar, pero los aspectos implícitos de valores y formas de entender la realidad no son los mismos que los de nuestros usuarios, con lo cual es como transmitir datos entendibles pero no comprensibles. Utilizo el siguiente símil: nuestro intento de educación sanitaria es como si quisiéramos llevar un tren de un sitio a otro, de nosotros a nuestros receptores, tenemos una buena locomotora, unos buenos vagones, pero no existen los raíles para llevarnos.

Esta diferencia de lenguaje, es lo que el sociólogo francés Bourdieu define como *habitus*: «Los *habitus* son generadores de practicas distintas y distintivas... pero también son esquemas clasificatorios, principios de clasificación, principios de visión y de división, aficiones diferentes. Establecen diferencias entre lo que es bueno y lo que es malo, entre lo que está bien y lo que está mal, entre lo que es distinguido y lo que es vulgar, etc., pero no son las mismas diferencias para unos y para otros. De este modo, por ejemplo, el mismo comportamiento o el mismo bien puede parecerle distinguido a uno, pretencioso u ostentoso a otro, vulgar a un tercero»³. La diferencia de *Habitus* entre el personal sanitario y los internos son, a mi entender, la causa principal de la baja adherencia a los tratamientos.

La superación de esta frontera, de esta barrera puede buscarse en la figura del agente de salud. Desde una óptica multidisciplinar, crear un equipo de agentes de salud en las galerías, posibilitaría una mayor adhesión a los tratamientos por parte de los internos. Estos agentes de salud, serían seleccionados por el equipo multidisciplinar y formados por él. El equipo a mi entender debería estar formado por personal sanitario, médico y diplomado en enfermería por un lado y por un psicólogo y un antropólogo (o un pedagogo) por otro. La formación de los agentes de salud incluiría, tras lo expuesto anteriormente, la información técnica y específica en relación con el HIV y una formación con relación a los *habitus* específicos de la población reclusa.

Una vez formados, con un seguimiento por parte del equipo, e incluyendo a estos agentes en el sistema específico de réditos y redenciones del sistema penitenciario, como si realizaran otra función dentro de la prisión, se realizaría un programa piloto en una galería evaluando la respuesta del agente de salud y de la población de dicha galería. Creo en la posibilidad de

una obtención de buenos resultados por dos motivos. El primero por la convivencia continua del agente de salud en el medio, y el segundo por la posesión de ambos de un mismo *habitus*.

Otro aspecto positivo sería la coresponsabilidad con el colectivo en la adherencia de los tratamientos y la mayor probabilidad de un intercambio más cualitativo de información entre los profesionales y los internos. En cierta medida a pesar que hemos hablado de colectivo, con el agente de salud cabe la posibilidad de detectar problemas en el seguimiento del tratamiento de forma individualizada, que el equipo médico de cada galería pueda trabajar de forma selectiva al poseer una información más directa y real.

En conclusión, en este trabajo he pretendido aligerrar (o quizás exculpar) al personal sanitario del problema de la adhesión a los tratamientos antirretrovirales. Un enfoque complementario y diferente, centrado en la creación de los agentes de salud, puede ayudarnos en la consecución del objetivo común: aumentar la adherencia a los tratamientos.

REFERENCIAS

1. Sackett DL, Haynes RB, eds. *Compliance with Therapeutic Regimens*. Baltimore, MD: Johns Hopkins Univ Pr, 1976.
2. Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA (eds). *Control de la tuberculosis en relación con la epidemia de la infección por VIH/SIDA*. SPNS: Madrid, junio de 1999.
3. Bourdieu P. *Razones Prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Anagrama: Colección Argumentos. Barcelona 1999.

CORRESPONDENCIA

Davíd Fornons
Servicio Médico
Centre Penitenciari d'Homes de Barcelona
Entenza 155
Barcelona 08029

Fe de erratas

En el pasado nº 1 del volumen 2 se publicó el artículo original «Características de los ingresos hospitalarios generados en un centro penitenciario (1995-1997)», en el que los autores han señalado las siguientes erratas que aparecen en el texto enviado para su publicación:

Donde pone «edad media 31,3 años» debe poner 31,6 años.

« « «estancias 2584» debe poner 2459.

« « «estancia media 13,45 días» debe poner 12,87 días.

« « «ocupación media 2,35 camas/día» debe poner 2,45 camas/día.

« « «tasa de ingreso 11,6 enfermos/100 internos/año» debe poner 12,6 enfermos/100 internos/año.

