

Miguel Costa

Salvador PERONA GARCELAN
UNED. Centro Asociado de Sevilla.

Miguel Costa es psicólogo del Centro de Promoción de la Salud del distrito de Tetuán de Madrid y autor de numerosas publicaciones sobre salud comunitaria. El pasado mes de julio fue invitado, junto con Ernesto López, para impartir en la 1ª Escuela de Verano de Madrid un taller titulado *La psicología comunitaria aplicada al ámbito de la salud*. Aprovechamos su presencia en estas jornadas para hacerle la siguiente entrevista.

Pregunta (P): Tradicionalmente, el campo de la salud ha estado dominado por las formas de actuación propias del modelo médico. Sin embargo, desde los años sesenta se ha venido gestando un nuevo paradigma en el ámbito de la salud que pretende superar las deficiencias del anterior y además cambiar el estilo de intervención propiamente clínico e individualista. Este nuevo paradigma es el de la salud comunitaria. ¿Podrías explicárnoslo?

Respuesta (R): La salud comunitaria es un recurso muy estimable que el ciudadano tiene y que le permite vivir con una cierta calidad, pero es un recurso al que se accede de forma desigual. No es lo mismo nacer en Cuba que en El Salvador o en otro sitio, es decir, no es lo mismo nacer en un sector social que en otro. Y como a tal recurso se llega de forma desigual y de él depende el alcanzar, a su vez, otros recursos que están en función de su distribución, ocurre que tiene implicaciones que desbordan lo que es la perspectiva individual. En definitiva, hay que tener en cuenta los aspectos comunitarios y colectivos por los que se distribuyen los recursos de una comunidad. De ahí que salud comunitaria tenga que ver con el compromiso de cualquier colectivo, de cualquier comunidad; es un asunto público y político y en este sentido cuando hablamos de salud comunitaria se entiende la importancia que tiene la participación o el compromiso de la gente por introducir cambios en sus vidas, en sus organizaciones y sobre todo aquellos cambios que les permitan acceder a

recursos educativos, sociales, financieros, económicos, alimenticios, etc.

P: Si la salud comunitaria tiene que ver con la participación de todos los grupos y organizaciones de la sociedad en el tema de la salud. ¿Tiene sentido hablar de salud mental dentro del marco de la salud comunitaria?

R: No tiene sentido. Esto es algo que nosotros venimos criticando bastante; es lo mismo que si hablásemos de salud otorrinolaringológica o de salud dental, sería una concepción absolutamente dualista, cartesiana, incluso sirve de coartada para facilitar la disgregación de los dispositivos y de los servicios de atención en la salud. De hecho, unos de los grandes fracasos del movimiento de salud mental comunitaria radica precisamente ahí, en que se pretendía hacer prevención y mejorar la salud de la gente (si se entiende por salud mental el ajuste emocional y social de la gente en su contexto, en su medio) tan sólo a través de los dispositivos psicológicos y psiquiátricos, llamados de salud mental. Conceptualizar las cosas así tiene graves inconvenientes en la medida en que se contextualizan los problemas de salud como problemas que radican en la mente, en la cabeza, en el interior que es donde se fabrican todos los ajustes o desajustes. Todo esto me parece que tiende a desenfocar las acciones y a exculpar los contextos ecológicos en donde la gente vive y se mueve; porque la salud depende en gran medida de esa batalla diaria que la gente libra en las escuelas,

en los centros de trabajo, en el barrio, en la familia, y es allí donde se fabrican precisamente estos ajustes o desajustes. De todos es conocido que a veces un buen programa de planificación familiar, por ejemplo, puede hacer más prevención en esos desajustes emocionales que los dispositivos psicológicos y psiquiátricos de determinados servicios. Por tanto no tiene sentido hablar de salud mental. Sí habría que hablar del comportamiento como un nivel de análisis presente en cualquier problema de salud o de un nivel de análisis que sirve para prevenir cualquier problema de salud. El comportamiento está en todo, es como nuestra propia sombra, lo llevamos a todas partes. Además, se encuentra atrapado en todos estos contextos ecológicos no siendo su origen causal la mente, la cabeza o las variables intrapsíquicas. Yo siempre pongo el ejemplo del fumador; el dejar de fumar no depende de la fuerza de voluntad, del voluntarismo, de lo cognitivo; ya lo dijo Mark Twain, *dejar de fumar es fácil, lo he hecho cientos de veces*; el comportamiento depende en gran medida de unas condiciones ambientales, de unos antecedentes y unos consecuentes. Se puede preguntar entonces: ¿dónde está la libertad?. Precisamente creemos que la libertad reside en ser consciente de estas leyes y regularidades que tiene el comportamiento en estos contextos ecológicos. El fumador cuando quiere dejar de fumar lo que tiene que hacer es rediseñar el ambiente dejando el paquete de tabaco en casa, fuera de su alcance, es decir, prevenir el fumar manipulando las condiciones estimulares antecedentes que le llevan a fumar.

P: Ante las deficiencias del modelo médico vosotros proponéis, junto con Albee, un nuevo estilo de intervención que es el modelo de competencia. ¿En qué consiste dicho modelo y cuáles son sus objetivos principales?

R: El modelo de competencia no es un modelo optimista sino realista puesto que cree firmemente en lo que ve, en las posibilidades de cambio de la gente y de los contextos. Olvida por completo la psicopatología, centrándose sobre todo en lo que pueden aprender las personas. Esta concepción tiene, consiguientemente, grandes implicaciones éticas

cas en cuanto a la forma de distribuir servicios, de ayudar a la gente, etc... Ya lo dijo Skinner: *la mejor ayuda que se puede prestar a la gente, es cuando la gente puede prescindir de esa ayuda*. Esto está en contradicción con el estilo de distribución de servicios sociales, en donde parece que el efecto que se genera es convertir a un ciudadano activo en un consumidor permanente de programas, haciéndose muy dependiente de estos servicios y de todos los dispositivos profesionales. El modelo de competencia, sin embargo, plantea dirigir y mejorar los recursos personales de la gente, de las cuales depende su vulnerabilidad a la enfermedad. Se trabaja con estos recursos como blanco de intervención, no concibiéndolos como factores intrapsíquicos sino más bien ambientales. Pero el modelo de competencia también se centra, además de en los individuos, en los sistemas y organizaciones. El fracaso escolar no es un problema de fracasados sino posiblemente es el sistema escolar el que está fallando, no es competente. Por tanto, es necesario dirigir nuestra intervención a los contextos y hacerlos más competentes. Todo esto plantea la necesidad de distribuir el poder de otro modo, descentralizándolo y facilitando un pluralismo político y cultural donde las minorías, los elementos más marginados, tengan voz; en fin, ésto replantea y cuestiona enormemente los sistemas de participación que los ciudadanos utilizan para mejorar los contextos y sus vidas.

P: ¿Qué proyectos tenéis actualmente en el Centro de Promoción de Salud del distrito Tetuán de Madrid?

R: Estamos trabajando en programas de salud y más concretamente en programas de salud escolar, de planificación familiar. También hemos hecho un diseño experimental para evaluar los efectos de los programas de educación para la salud, y ahora estamos elaborando un diseño para evaluar los efectos de los programas de salud buco-dental a largo plazo, programas que para el año que viene llevan cinco de implantación. Otra línea de intervención es la de mejorar y optimizar las academias de salud. Otra prioridad importante para conseguir una buena organización co-

«El modelo de competencia olvida por completo la psicopatología, centrándose sobre todo en lo que pueden aprender las personas»

munitaria es ir vertebrando y organizando la comunidad escolar.

Aparte tenemos algunos trabajos que queremos impulsar, concretamente en el tema del SIDA en el que se pretende fomentar las competencias de las personas que son cero-positivas. Ya sabéis que entre las personas cero-positivas sólo un 15 por cien desarrollan la enfermedad. ¿Qué pasa con los demás?, parece que tienen un sistema inmunitario más competente. Sabemos que muchas de las investigaciones que se están realizando se han centrado en buscar una vacuna, pero el virus del SIDA es un virus mutante, con lo cual siempre hay que estar cambiando de vacuna. Quizás una línea de intervención importante sea la de cómo lograr en estas personas un sistema inmunitario más competente. Hay ya algunas investigaciones fuera de nuestro país que apuntan a líneas de investigación muy interesantes como es el tema

«En nuestro contexto social, el valor salud no es muy estimado y no tiene ni una experiencia ni una historia de participación y de compromiso de la comunidad»

del estrés. El estrés es una situación que deprime el sistema inmunitario, y, como informa bastante la literatura al respecto, es importante en estos casos lograr que el sistema inmunitario de un individuo cero-positivo sea más competente.

Además, posiblemente sigamos trabajando con el tema del tabaco, y algo que empieza a interesarnos mucho es la gestión y organización de recursos humanos; cómo hacer, por ejemplo, que un equipo de salud o cualquier organización humana sea más competente para las tareas que le han encomendado, para vivir a gusto, para dirimir conflictos, para administrarse contingencias, etc, en definitiva, toda una línea de trabajo muy interesante.

P: ¿Qué problemas encontráis cuando intentáis llevar a cabo uno de estos programas?

R: Muchos. Un problema lo constituye la forma en que está organizada la propia comunidad; esto es muy importante, pues actualmente la salud no es una prioridad. En nuestro contexto social, el valor salud (por así decirlo), no es un valor muy estimado y no tiene ni una experiencia ni una historia de participación y de compromiso de la comunidad. Es un reto muy importante el cómo se organiza una comunidad. Otras dificultades provienen de la propia gestión de los servicios de salud, no sólo de los ayuntamientos sino de cualquier dispositivo, los cuales están anclados, lamentablemente, en el modelo tradicional de prestación de servicios. Es decir, es más cómodo estar detrás de la mesa de un despacho (sobre todo cuando el entrenamiento ha sido clínico tradicional y con ésto no me estoy oponiendo a este tipo de intervenciones) que salir fuera del mismo y trabajar con la gente. Esto último requiere un modelo de distribución de servicios diferente y supone también introducir cambios en los comportamientos de las personas. Actualmente no hay un plan, por así decirlo, que esté estructurado y racionalizado, en el que se asuma políticamente como una prioridad la reconversión de recursos humanos. Así se mezclan, pues, las deficiencias en la gestión con un contexto en donde la salud no es una prioridad política, en el sentido de que cualquier otro tema puede ser más prioritario.