



Asociación para el Estudio de Temas Grupales,
Psicosociales e Institucionales

AREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

www.area3.org.es

Nº 5 – Otoño - Invierno 1997

Reflexiones sobre “El Mito” A propósito del artículo de J.L. Turabián

Javier Segura del Pozo ⁽¹⁾

La Salud Comunitaria (SC) es un modelo de *acción* en el campo de la salud. Por lo tanto, su noción y sus definiciones sólo pueden comprenderse bien a partir del análisis de tales acciones. A partir de la/s experiencia/s.

El interjuego entre teoría y práctica, que a su vez redefine la teoría, que a su vez determina una nueva práctica..., hace posible a estos practicantes *aprehender* y dar sentido a conceptos holísticos (y por lo tanto difíciles de recortar, perfilar y operativizar) como Salud o S.C., que en caso contrario descansan en el baúl de las viejas señas de identidad.

Sin este enfrentamiento a la práctica cotidiana, estos conceptos se convierten en viejas insignias de bronce que uno lleva años prendidas a sus ropas. Uno se va cambiando de ropas, porque éstas cambian de moda, y llega un momento en que estas viejas insignias no hacen juego con las nuevas ropas. La explicación del significado original de estas insignias no consigue evitar la desazón y la duda sobre su vigencia y sobre la procedencia de seguir luciéndolas.

Creo que algo parecido ha pasado con la S.C. en nuestro país. Han operado una serie de dificultades para que el modelo de intervención de la S.C. pudiera ser aplicado en la práctica durante el desarrollo de la Reforma Sanitaria de las dos últimas décadas.

Por ello, escasean las experiencias concretas de su aplicación. No son solamente escasas, sino también marginales (y por tanto escondidas y poco difundidas) dentro del

¹ *Javier Segura del Pozo es médico especialista en Salud Pública. Servicio de Salud Pública. Área 3. Madrid.*

sistema. Éste ha utilizado la S.C. como insignia hasta que ha dejado de serle útil. Después no ha tenido dificultad en desprenderse de ella: la insignia, como un objeto inanimado, ha quedado anticuada, y sus defensores son escasos, marginales y fácilmente aislables.

Sin embargo, creo que la batalla no está perdida. No sólo porque así quiero creerlo (yo también necesito defender viejas señas de identidad), sino porque el modelo de la S.C. se sustenta no sólo en una *base ideológica*, sino, lo que es más importante, en una base que podíamos llamar *técnica*, orientada a la eficacia de la acción humana para reducir las enfermedades y sus riesgos.

La S.C. se justifica en que si consideramos a las enfermedades directamente relacionadas con las formas de organización de una comunidad y de la interrelación de los elementos que la componen, nunca podremos mejorar los niveles de salud de la comunidad si no incorporamos el ámbito comunitario (y por lo tanto el psicosocial) a nuestra *acción técnica* de profesionales sociosanitarios.

Esta *eficacia* de la S.C. puede proporcionar *modernidad* y *vigencia* a la misma, y por ello como mejor se sustenta esta vigencia es con la constante exposición de experiencias concretas desarrolladas por éste o aquel equipo de salud, profesional o comunidad, haciendo especial hincapié en los resultados obtenidos en términos de salud (aún siendo consciente de las dificultades metodológicas que ello implica). La otra alternativa táctica: defender a la S.C. desde su *base ideológica* (la del *comunitarismo*, la de la toma de conciencia colectiva sobre los problemas de salud, la de la autoresponsabilidad colectiva, la de la democracia participativa, etc.) es una batalla perdida.

La S.C. pudo nacer y extenderse porque formaba parte de los paradigmas ideológicos al uso en la década de los 70. Se incorporó a nuestro país con la *Transición Democrática*. Se utilizó como sustento conceptual de leyes y programas institucionales nuevos en la primera mitad de los ochenta, pero empezó a desvanecerse en los últimos años de esta década y principios de los noventa.

Cambiaron las prioridades del sistema (la reforma apuntó a alcanzar una asistencia clínica de *calidad científico-técnica*, a la atención prioritaria a la demanda individual en la consulta, a la búsqueda de la eficiencia, poniendo más interés en la discusión del denominador-coste que en la del numerador-producto- del cociente para medir la eficiencia, al enfoque de la Promoción de la Salud hacia fomentar el cambio mecánico de *hábitos nocivos* desde una perspectiva individual, etc.) y por lo tanto cambió el paradigma ideológico sobre el que se sustenta (o viceversa).

El nuevo paradigma bebe en las fuentes del neoliberalismo, se ha *enamorado* de los conceptos del mercado y orienta la acción en la transposición lineal y acrítica de estos conceptos y de las formas de organización y gestión de una empresa privada a la organización del sistema sanitario público.

Así la S.C., desde su vertiente ideológica, se convierte en un elemento distorsionante dentro del sistema, que la tacha de anticuada, idealista, ineficaz, poco

operativa y que no permite responder a las necesidades de los clientes/pacientes, tal como las interpreta este sistema.

Por ello temo no compartir el optimismo de José Luis Turabián cuando en su artículo identifica “como una oportunidad para el progreso de la S.C. un solapamiento entre algunas herramientas del neoliberalismo económico en el área de la salud y la S.C.”.

Veo escaso espacio para la convergencia de ambos modelos y muchos elementos antagónicos: diferentes formas de concebir la demanda y el objeto/sujeto de trabajo, o si se quiere, *cliente*; diferente forma de interpretar esta demanda; diferente forma de entender la participación; de escuchar al *cliente* y su grado de *satisfacción*. Y, por lo tanto, diferente forma de medir la eficiencia, e incluso de analizar el gasto sanitario, al variar el concepto de *producto* a alcanzar.