

LA PROPUESTA BIOPSICO-SOCIAL DEL CIUDADANO SANO

FERNANDO RUBÉN GARCÍA HERNÁNDEZ

Licenciado en Psicología. Universidad Pontificia de Salamanca.
Master en Integración de Discapacitados. Universidad de Salamanca.

Resumen

Se aborda la necesidad de comprender la Salud/Madurez del individuo como ciudadano, desde un criterio biopsicosocial, siendo Salud la de la Comunidad. Se desarrolla la génesis, características e implicaciones del modelo biopsicosocial de Salud, e -igualmente- su plasmación operativa en el Movimiento de las «Ciudades Saludables» de la O.M.S.

Palabras Clave: Salud, Madurez, Criterios de Salud, Criterios de Normalidad, Modelo Biopsicosocial de Salud.

Abstract

The concepts «Health» (Mental Health) and «Maturity» (Emotional Maturity) are explained inside a biopsychosocial approach. We comes to the conclusion that it's strictly necessary to understand the individual Health or Maturity as the Community Health, considering it from an operative and biopsychosocial model near «Healthy Towns»'s W.H.O.

Key Words: Health, Mental Health, Maturity, Emotional Maturity, Normality criterions, Health criterions, Biopsychosocial Health Model.

Introducción

Los 4 objetivos que pretendemos desarrollar con este artículo de revisión teórica serían:

- (a) Exponer el cambio acontecido en la consideración de los conceptos Salud/Madurez, desde el modelo biomédico organicista al actual biopsicosocial.
- (b) Citar algunos de los intentos de sistematización de la Salud Mental Positiva (O.M.S., Lalonde, Bellack, Jahoda...), desde el punto de vista biopsicosocial.
- (c) Introducir dentro del modelo biopsicosocial el Movimiento de Salud Comunitaria y el Programa de «Ciudades Saludables».
- (d) Determinar cómo se puede entender la Salud y Madurez desde los planteamientos biopsicosociales.

En una palabra, nuestro objetivo primordial es exponer la noción actual de Salud/Madurez desde unos planteamientos integradores de los biológico, psicológico y social. Igualmente nuestra intención será presentar tal conceptualización como complementaria y superadora de una definición de estos términos como constructos psicológicos, como criterios normativos, como expresiones de madurez evolutiva, o como construcciones personalógicas.

La madurez desde el modelo biomédico al biopsicosocial: la ciudad y el ciudadano saludable

Los Modelos de Salud: El Modelo Bioosicosocial

En un siglo como el nuestro caracterizado por los vertiginosos cambios acontecidos, se observa también desde el plano de la Salud una brusca conversión desde el Modelo Paradigmático Clásico, Orgánico y BioMédico de consideración de la Salud y sus problemas vigente a principios de siglo, hasta el Paradigma Integral BioPsicoSocial predominante en la actualidad, donde la Salud se concibe desde el prisma polidimensional de la «Calidad de Vida» y «Bienestar» individual y social.

El antiguo concepto de Salud claramente se centraba en la Enfermedad, reduciéndose la Salud al Estado de No Enfermedad de un individuo concreto. La Intervención se reducía a la aplicación cuantitativa de una tecnología biológica o material-física, sobre un individuo etiquetado de «enfermo» e internado en una institución hospitalaria, para que sus indicadores institucionales biofisiológicos se acomodasen a los estadísticamente normales en la población. Si con una única palabra habría de tachar a este modelo es el de ser extremadamente mecanicista, supeditando al individuo a unas normas de Salud biofísica estandarizadas.

Este modelo empezó a sufrir grandes críticas desde la naciente Psicología de principios de siglo, tanto desde las corrientes teóricas como de las más aplicadas. Paradójicamente, el Psicoanálisis fue de los primeros en atacar el modelo clásico al afirmar la importancia de factores Intrapsíquicos no reducibles directamente a lo orgánico; también el Conductismo dio un golpe de gracia al modelo biomédico cuando reafirmó, casi hasta la exageración, al Ambiente como causante y marco de la Conducta. El modelo Psicoanalítico tendía, por tanto, a borrar los límites entre Salud y Enfermedad, neurosis y psicosis, desde su visión de la Normalidad Utópica, donde la curación-armonía perfecta entre los tres niveles del Aparato Psíquico es, más que un punto de llegada, una meta inalcanzable e ideal hacia la que dirigirse. Por otra parte, el modelo conductista consideraba criterio de normalidad la adaptación ambiental y, en segunda instancia, el ajuste interno. Parecido criterio tomarían los modelos sociológicos.

A pesar de lo distintos que son y siguen siendo ambos modelos psicológicos, los dos negaron o atenuaron la total importancia que el modelo biomédico otorgaba a lo orgánico, abriendo -además- cauces de intervención de naturaleza no tan intrusiva físicamente como la del modelo médico.

Fue la Psicología Aplicada la que echó por tierra de modo más radical el modelo orgánico, al demostrar que la riqueza de la Vida e Interacción Humana (sobre todo en el ámbito organizacional y educativo), no se podía comprender ni delimitar desde unos planteamientos extremos, ya sean ambientalistas ya sean organicistas. Estos planteamientos interaccionistas fueron recogidos a principios de la década de los 50 por la Psicología Clínica y de la Salud. Así surgieron Movimientos, inicialmente médicos pero progresivamente conformados por trabajadores dedicados a todo tipo de asistencia social (psicólogos, trabajadores sociales) y con un fuerte componente ideológico, llamémosle «progresista», movimientos que reclamaban la desinstitucionalización de la Atención Social, la descentralización de las competencias sanitarias y la colaboración con los propios sujetos en los problemas de salud que a éstos les concernían; en definitiva, el acercamiento de la Administración Sanitaria al ciudadano/a.

En Psicología/Psiquiatría, estas nuevas tendencias tuvieron como representante más radical el autodenominado Movimiento «Antipsiquiátrico», cuyos presupuestos se basaban en un modelo estrictamente sociológico (centrada en la crítica a la represión institucionalizada) de consideración de los trastornos mentales.

De la conjunción de los modelos paradigmáticos psicológicos de salud psicoanalíticos y conductistas en una postura más atenta a la «conducta interna» (cognitiva), y de la asunción

de los aspectos menos extremistas de los modelos socializantes y biomédicos organicistas, surgió el actual modelo paradigmático dialéctico-sistémico de Salud, al que llamaremos BioPsicoSocial.

A ese cambio de modelos no son ajenos los siguientes hechos:

- * Los avances científicos en el campo médico, de los cuales simplemente recordaremos los habidos en la Atención Primaria e Infantil con el aumento de la longevidad. Los progresos sanitarios provocaron la necesidad de incidir sobre otros problemas vitales individuales y colectivos, ya no tan esenciales para la mera supervivencia física, pero si fundamentales para que los sujetos y grupos poseyesen una adecuada satisfacción al vivir.

- * El cambio de conciencia ciudadana, hacia posiciones de mayor participación, responsabilización e iniciativa en los aspectos económicos, sociales, culturales y políticos.

- * La consciencia aparecida de la estrecha relación entre el desarrollo económico y de organización social de la comunidad con la Salud de la misma. Ello llevó a la necesidad de considerar la interdependencia entre los «estilos de vida» patrones conductuales habituales en una colectividad y la Salud (economía. arquitectura. educación. alimentación) (Costa y López. 1985 1986).

- * Indisolublemente unido a los puntos anteriores está el extraordinario auge económico -sobre todo en el mundo occidental- acaecido a partir de 1950, auge que proporcionó una base de crecimiento sostenido, seguridad colectiva y prosperidad como no se había conocido en otros momentos históricos. Esa prosperidad generalizada indujo a buscar nuevas formas de legitimación de la existencia del Estado, basadas no tanto en su poder coercitivo cuanto en su capacidad para procurar el máximo de Bienestar posible a sus ciudadanos/as (el «Estado del Bienestar»); como consecuencia de ello, surgieron Sistemas de Seguridad Social y Salud/Educación Pública cada vez más universales.

- * El desarrollo de las diversas corrientes psicológicas el cual acabó con la eterna polémica Herencia- Ambiente, virando hacia la inclusión del individuo en perpetua comunión con el Medio. así como la progresiva integración de las distintas «Psicologías» en posturas sistémicas y Cognitivistas.

Por todo ello, el concepto actual de Salud (y por ende de Madurez) sigue claramente un esquema integral bio-psico- social y totalizador de las tres vertientes en que la Vida se presenta: lo biológico-orgánico, lo psicológico-afectivo y lo conductual-de interacción social. Para el modelo biopsicosocial, la Salud ya no es simplemente un Estado sino que implica un «Proceso de Desarrollo, dinámico y cambiante, de responsabilidad individual y social» de todas las potencialidades y Capacidades de los Seres Vivos.

Tres autores son claves como introductores del Modelo Biopsicosocial de Salud: [1] Lalonde, [2] Strupp y Hadley, y [3] Jahoda.

El exministro canadiense Lalonde [1], en 1974, (Costa y López, 1985; 1986), consideró cuatro elementos o contribuyentes básicos que intervienen en la determinación del nivel de salud de una comunidad: la Biología o Sistema Constitutivo de Base; el Estilo de Vida; el Entorno; y el Sistema de Asistencia Sanitaria. Lo más meritorio de su clasificación reside en su aceptación de los postulados sistémicos, desde el nivel más individual al más colectivo y globalizador, lo que permite la actuación sobre todos los elementos que determinan la Salud; intervención sobre:

- * un individuo en situación de riesgo o stress, por déficit biológico o estilo de vida poco adaptativo.

- * un sistema de educación/socialización que proporciona pocos recursos psico-educativos para confrontar ese stress.

- * un sistema de asistencia comunitaria que no trate apropiadamente 105 efectos (o causas) de ese stress en forma de pérdida de salud mental (depresión, malestar vital, ansiedad disfunciones interpersonales, etc...).

Este esquema permite una visión global de todos los aspectos (individuales o colectivos) presentes y determinantes de la Salud. Asimismo, se encuentra expuesto de forma tácita en el programa de «Ciudades Saludables» de la O.M.S.

Abundando en los postulados anteriores, Strupp y Hadley [2] en 1977 (Costa y López, 1985; 1986), propuso un modelo de Salud Mental multicomponentencial basado en tres dimensiones: * *Adaptación Social / Estructura de Personalidad del sujeto «Visión» del sujeto acerca de su Adaptación Social y su Estructura de Personalidad (denominado también «Bienestar Subjetivo»)*.

Lo más característico de este modelo es su asunción de la necesidad de contar con la perspectiva común y del si- mismo a la hora de tratar lo relativo a la Salud Mental: no es posible evitar la introducción de valores al evaluar la Salud Mental, dependiendo esa evaluación de la perspectiva adoptada (Criterios de Normalidad y Modelos de Salud) y de quién la lleva a cabo.

Esa introducción de la «subjetividad» del individuo en la valoración de su Salud completa muy acertadamente el punto de vista extremadamente «social» del Programa de Ciudad Saludable.

Por último [3], recordemos los ya clásicos y bien conocidos Criterios de Salud Mental Positiva de la psicóloga social Marie Jahoda. Jahoda (1958), a pesar de estar inspirada en el naciente movimiento de Salud Comunitaria, se centra en una conceptualización personalógica de la Salud como: atributo personal que caracteriza y proporciona valor a un individuo; estable o duradero; influido por el contexto social, espacial y temporal (aunque independiente en esencia de éste); y estructurado en un continuo, entre dos extremos; uno positivo u óptimo (no máximo) de salud mental y otro negativo, de trastorno mental.

Jahoda no se detiene en considerar la Salud como fenómeno social, ni como conducta saludable (como lo harían los behavioristas), sino que afirma el punto de vista de la Salud/ Madurez como un gran «rasgo» que caracteriza de forma habitual la conducta externa del sujeto, como atributo que define la «Personalidad» de un individuo. Desde estos presupuestos, la acepción de Salud de Jahoda está estrechamente relacionada con nuestra conceptualización de Salud Mental como Rasgo de Madurez de la Personalidad.

Jahoda considera tres tipos de criterios o concepciones, para determinar la Salud Mental:

- * Criterios estructurales o referentes a la estructura interna del individuo. (Estructura de Personalidad v «visión» subjetiva de Strupp y Hadley). Son los criterios números uno y tres de su clasificación.
- * Criterios adaptativo/ecológicos o de relación con el entorno. (Adaptación Social de Strupp y Hadley). Son los criterios 4, 5 y 6.
- * Criterios evolutivos o procesuales. (criterio número dos). Este criterio no aparecía en Strupp y Hadley, y es una de las grandes novedades del Modelo de Jahoda, que la acerca a las concepciones humanistas.

En cuanto a los criterios, éstos serían seis:

- 1 + Actitudes positivas hacia uno mismo.
- 2+ Crecimiento, desarrollo y actualización personal.
- 3+ Integración de la Personalidad.
- 4+ Autonomía v autodeterminación.
- 5+ Percepción correcta de la realidad y de uno mismo.
- 6+ Dominio y control del entorno.

Centrémonos en este último criterio (Dominio y Control del Entorno), que incluiría: capacidad de amar y experimentar placer sexual; utilización del amor, trabajo y juego como actividades de interacción con los otros; experimentación de com-unidad con los otros (y no alienación); eficacia en satisfacer demandas del entorno y no violar el resto de criterios; adaptación al entorno, que implica el dejarse manipular por el entorno y el poder modificarlo; capacidad de solución y de creación de problemas, en suma.

Volveremos sobre este aspecto al analizar el Programa de «Ciudades Saludables» de la OMS, así como al concluir este artículo.

Luego, las principales características del Paradigma biopsicosocial serían:

1- La afirmación de la Salud como Proceso: La Salud ha de ser entendida de forma positiva como Proceso por el cual el hombre desarrolla al máximo sus capacidades actuales y potenciales, tendiendo a la plenitud de su autorrealización como entidad personal y social (San Martín. 1985). Lo anterior implica que el concepto de Salud y los criterios que lo definen no son estáticos, sino que varían en función de las condiciones históricas, culturales y sociales de la Comunidad que lo formula y/o acepta (De Miguel, 1980).

Se acaba, pues, con la brutal y falsa dicotomía Salud-Enfermedad. Ahora, la Salud y Enfermedad son entendidas como «dos caras de una misma moneda». Esto es, ambas se comprenden en un continuo en cuyos teóricos extremos estarían los Estados utópicos y perfectos de SALUD y NO-SALUD; la inclusión del Sujeto o Ser en uno de los puntos intermedios dependerá no sólo de su graduación en la Escala Biológica de Ajuste Interno, sino de la valoración conjunta que éste presente en las diversas Escalas de Ajuste Interno y Externo (biológica, psicológica, social) existentes; por poner un simil estadístico, la puntuación en esa teórica Escala Global de Salud/No Salud podría ser la Media Aritmética de las distintas Subescalas representativas de los varios subsistemas constituyentes del «Ser».

2- La necesidad de «socializar» la Salud y la Intervención sobre ella: la Salud ya no es vista como un hecho individual de desajuste biológico sino como un Proceso de Cambio de los sujetos y Organizaciones, influido por las condiciones sociambientales y que, a la vez, influye en las mismas. Desde una terminología gestáltica, mientras la perspectiva clásica de Salud prefería centrarse en la «figura» sobre la que supuestamente se (con)centraba la enfermedad, el nuevo criterio atiende tanto a esa «figura» como al marco o fondo» social, cultural y estimular en que esa figura está irremediabilmente inscrita. Surge así el concepto esencial de Salud Pública, como aquella ciencia que aplica los conocimientos desarrollados por la Medicina, Física, Química, Microbiología, Farmacología,... y las Ciencias Sociales como Psicología y Sociología, en vistas a mejorar la Salud de la Comunidad y los ciudadanos, mediante un esfuerzo organizado de todos los órganos directores de la Comunidad, ya sean estructuras formales o informales.

Desde ese intento de «socializar» la Salud, se produce también una ampliación y generalización del Concepto de Salud/Madurez a las Creaciones Humanas de Gobierno de la Vida Común, tales como las Organizaciones (Empresas, Administraciones, Asociaciones, Comunidades...). Estos planteamientos pueden observarse en el Movimiento de Calidad Total, tan de actualidad en la Psicología Industrial y de las Organizaciones. En resumen, la Salud se convierte en un Problema Social y Político (en el sentido griego de «politika» como propio de la Comunidad, de cualquier com-uni3n de personas).

3- La visi3n activa del «Ser» (Sujeto-Instituci3n-Sistema) como promotor de su adecuado funcionamiento o Salud. Notemos c3mo la responsabilidad se relaciona con el concepto psicol3gico e hist3ricamente fecundo de Autorrealizaci3n. Decir que la Salud es un Derecho de la Persona como miembro que es de la Comunidad, supone adem3s que es una Responsabilidad personal que debe ser promovida y fomentada, tanto por el sujeto como por la Sociedad y sus Instituciones (Font. 1976).

4- La consideraci3n de la Salud desde los Presupuestos Sist3micos. Quiz3s sea 3ste el fundamental matiz que impregna las actuales conceptualizaciones de Salud. Lo procesual la afirmaci3n de la interacci3n sujeto-sociedad y la ampliaci3n del concepto

de Salud a las organizaciones, la responsabilización del «Ser» en su devenir... todos estos elementos esenciales de la actual definición de Salud, beben de los supuestos sistémicos e interaccionistas.

La O.M.S. y la Salud Positiva: El Programa de «Ciudades Saludables»

Los profesionales de la Psicología pueden caer en la tentación reduccionista de olvidar que el concepto de Salud sobre el que gravita toda su atención no se refiere únicamente a los aspectos psicológicos y de percepción subjetiva de la misma. El modelo biopsicosocial amplía el concepto de Salud y hace que éste abarque lo físico-orgánico, lo psicológico-subjetivo y lo social-comunitario.

Recientemente la O.M.S. (1984), ha modificado su definición de Salud considerándola desde una perspectiva promocional de la Salud no como un objetivo estático, sino como «aquellos recursos disponibles para la vida diaria», recursos o medios sociales y personales con los que poder acometer satisfactoriamente los requerimientos de la vida cotidiana. De donde se deduce que el gran objetivo de toda actuación que pretenda mejorar la Salud de un individuo o colectividad será la de que esos medios o recursos sean accesibles (igualdad de oportunidades). Los recursos básicos o condiciones fundamentales para dicho propósito y, al mismo tiempo, objetivos de toda la Política Promocional de Salud, por tanto, de toda persona con posibilidades de madurar en su Medio, serían (O.M.S., 1984):

- INGRESOS: una dotación económica y poder adquisitivo suficiente y mínimo del sujeto/comunidad.
- VIVIENDA: adecuada, digna y habitable.
- ALIMENTACION: unos suministros físicos equilibrados.
- COMUNICACIÓN Y CULTURA: la posibilidad de recepción emisión y utilización de todo tipo de Información.
- HABILIDADES: destrezas vitales ajustadas al Medio.
- ECOSISTEMA Y EQUIDAD: un entorno estable (social y natural) que apoye y proporcione oportunidades para elegir entre bienes servicios y condiciones que incrementen la salud (Justicia Social)

Queriendo especificar aún más todos los puntos anteriores, la O. M. S., reunida en 1978 en la ciudad canadiense de Ottawa, presentó la denominada «Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud» de principios y orientaciones con el fin de conseguir el Objetivo -anunciado en la Declaración de Alma Ata de 1976 sobre Cuidados Primarios de Salud- de SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000. En dicho documento se identifica, ya de forma definitiva, Políticas de Salud con Promoción de la Calidad de Vida, y en consecuencia Salud con Calidad de Vida. La Promoción de la Salud o Calidad de Vida, sería aquel Proceso que permite a una población o comunidad identificar y realizar sus aspiraciones vitales, satisfacer sus necesidades, adaptarse al Medio Ambiente, y en definitiva incrementar los medios de control individuales y colectivos sobre su propia Salud (=Vida) para poder mejorarla. Se asume, por tanto, que las personas no pueden alcanzar su máximo potencial de Salud a menos que sean capaces de controlar aquellos elementos que inciden en ella y la determinan. La Promoción de Salud intentaría que los factores políticos, económicos, sociales/culturales, ambientales, comportamentales y biológicos sean recursos controlables (por tanto, accesibles) y favorables para conseguir tal objetivo. Por tanto, la Promoción de la Salud buscará alcanzar la igualdad de oportunidades, reduciendo las diferencias actuales en disponibilidades de recursos y posibilidades, desde el respeto a los diversos sistemas sociales, culturales, ideológicos y económicos existentes.

¿Cómo se concretan operativamente estos planteamientos teóricos biopsicosociales de la O.M.S.? Introduciremos esa vertiente social y colectiva de la Salud, deteniéndonos en un modelo operativo que la O. M.S. promueve: **el Movimiento de Ciudades Saludables «Health Cities»**).

El proyecto de Ciudades Saludables fue una iniciativa de la ciudad Canadiense de Toronto y pronto fue aceptado por la O.M.S. como propio. Actualmente (González Casino, 1994) está establecido en más de 375 ciudades, integradas en 17 Redes de Ciudades Sanas de todo el mundo.

La Oficina Regional para Europa de la O.M.S. (OMS/EURO) introdujo en 1986 el proyecto Ciudades Saludables como un vehículo para poner a prueba la aplicación de los Principios de Salud para Todos a nivel local. Con datos de 1992, forman parte de la Red Europea de Ciudades Saludables OMS/EURO 35 ciudades situadas en 15 estados de Europa, entre ellas Barcelona, Sevilla y Salamanca.

No comentaremos más de la organización administrativa de estos proyectos. Una exposición amplia de las fases de desarrollo del proyecto se puede encontrar en el libro «Veinte pasos para formular un Proyecto de Ciudad Saludable», editado por la Oficina Regional Europea de la O.M. S. (OMS/EURO, 1992). Quedémonos, simplemente, con las dos características esenciales que tienen todos los Proyectos de Ciudades Saludables (O.M.S., 1988):

a- Se basan en el compromiso con la Salud, dando por supuesto que la Salud Individual y Colectiva puede lograrse mediante empeños cooperativos de individuos y grupos en la Ciudad.

b- Exigen tomar decisiones políticas innovadoras y consensuadas más que simplemente sanitarias, recalcando la necesidad de acciones intersectoriales o multiprofesionales, y la participación ciudadana mediante su selección de estilo de vida, su uso de los servicios de Salud, sus opiniones sobre temas sanitarios y su labor en agrupaciones comunitarias. Como hemos dicho anteriormente, no se podría alcanzar un máximo potencial de Salud a menos que se sea capaz de controlar aquellos elementos que inciden en ella y la determinan.

Por tanto, introduce este Movimiento un concepto de Salud/Madurez no incluido por ninguno de los cuatro criterios que antes habíamos comentado: el aspecto político y comunitario de la Salud. Valgan estos apuntes como preámbulo a las Conclusiones.

Conclusiones

La Salud/Madurez (García-Hernández, 1994), se puede delimitar conceptualmente como (1) unas construcciones lingüísticas, (2) vinculadas a la noción de Norma, (3) incluidas dentro del ámbito de la Psicología del Ciclo Vital, (4) explicables desde el punto de vista de los teóricos de la Personalidad [¿quién tiene o no una «patología mental»?] , y (5) que se pueden también considerar -utilizando una perspectiva biopsicosocial- como vinculadas a la Salud del Medio o Comunidad donde se desenvuelve la vida del sujeto.

Desde nuestro punto de vista, los cuatro primeros criterios no se pueden ni deben tomar aisladamente puesto que, aunque especifican con perfección el objeto de análisis, presentan la insuficiencia de no considerar la verdad existente en los otros criterios. Precisamente, es este quinto criterio que estamos comentando (el biopsicosocial) el que agrupa en sí lo esencial de los anteriores, siendo -asimismo- más que la simple suma de las aportaciones de éstos. Así, la perspectiva biopsicosocial incluye la noción procesual presente en la Psicología del Ciclo Vital, admite la necesidad de contar con el subsistema psicológico individual explicitado por los teóricos, y afirma la naturaleza artificial, normativa y constructivista de los conceptos Salud/Madurez. Al mismo tiempo, ofrece una consideración de estos términos de una forma gestáltica e integrativa.

La Salud es vista desde el modelo biopsicosocial como una meta u objetivo a perseguir desde una perspectiva temporal longitudinal y procesual, por lo que -lógicamente- esa definición implica una concepción positiva y operativa posible de Salud, que la identifica como algo hacia lo que

se va o se intenta conseguir o promocionar. Por tanto, la Salud no se puede ya ver como mera ausencia de enfermedad o trastorno mental (como lo hacía el modelo biomédico) puesto que desde ese punto de vista el objetivo de Promoción de la Salud sería imposible. Por otra parte, el modelo biomédico partía de considerar una relación unidireccional desde un especialista (manipulador) a un «paciente» individual (manipulado en su ser); el nuevo modelo subraya, frente a lo patológico y lo individual, los recursos activos de la propia comunidad y del individuo en la promoción de su Calidad de Vida; lo que Jahoda (1958) determinaba como capacidad de creación y manipulación del Medio, esto es, capacidad de Solución de Problemas. Esa positividad de lo biopsicosocial se observa también al aceptar como propios gran parte de los supuestos de los criterios de salud utópico, subjetivo y procesual-evolutivo.

Es, sin embargo, en su proposición del cómo tratar socialmente la Salud donde vemos la verdadera potencia del modelo.

Bien notorio es el hecho de que el hombre actual es un ser urbano. Por poner un ejemplo, la población urbana española se aproxima a los 27 millones de personas sobre un total de 39 (aproximadamente un 70-75% del total). El hombre, cada vez más, es un ser sumamente socializado, un «urbanícola», entendiéndose por ello que la inmensa mayoría de sus interacciones se realizan en un entorno (=medio vital) altamente modificado, artificial, superpoblado y exiguo, tal es el caso de las modernas ciudades y configuraciones metropolitanas. Actualmente, la Psicología en su rama Ambiental está tomando conciencia de la importancia del Medio Urbano como condicionante de los estilos conductuales sanos o patológicos de los individuos y/o comunidades, desde una perspectiva sistémica.

El Modelo Biopsicosocial, y su operativización como Movimiento de Ciudades Saludables, parte también de un concepto sistémico de lo que es la Ciudad: un organismo complejo que vive, respira, crece y cambia constantemente. Desde el punto de vista de la Ecología Urbana, estos principios ya fueron afirmados por el urbanista Fernando Chueca Goitia (1968, p.237) al aseverar que: «la comunidad humana, lo mismo que la de los organismos inferiores, es fundamentalmente el *producto* interaccionado de fuerzas bióticas y ambientales. El hombre, sin embargo, es un animal cultural y, por consiguiente, capaz de modificar su medio (control del Medio) y de *crear* su propio hábitat». En este planteamiento, frente a la consideración platónica del hombre como ser dual (i)racional, se está afirmando la aristotélica del hombre como animal social, que necesita al grupo y a las creaciones de éste para poder (sobre)vivir.

El Principio general de estos planteamientos sistémicos será, por tanto, que una ciudad sana es aquella capaz de mejorar su medio ambiente y ampliar sus recursos, para que sus habitantes se apoyen mutuamente, a fin de que éstos alcancen su máximo potencial. Se asume, en fin, que la *SALUD DEL INDIVIDUO ES LA SALUD DE SU COMUNIDAD* y viceversa.

Esto es, el sistema sujeto influye «en» y está determinado «por» el sistema Medio Vital.

Consecuentemente, se deduce que la madurez del sujeto estará estrechamente determinada por el grado de madurez y perfeccionamiento del entorno vital urbano en que se desarrolla su vida. Y, también en consecuencia, la madurez del sujeto determinará el nivel de calidad de su ámbito comunitario. Desde esta concepción interaccionista-sistémica, la Salud sería aquel Proceso interactivo centrado en un Sistema social y/o individual, abierto, responsable y activo en su devenir («Ser» para abreviar) por el que éste realiza conductas de búsqueda, prevención y desarrollo-promoción de su Calidad de Vida Total. Esto es, un Proceso personal y social basado en la construcción de un estilo propio e individual de vida, proceso que incide positivamente en el individuo y la Comunidad, ayuda a ambos a desarrollar sus potencialidades y -específicamente al sujeto- le permite optimizar su capacidad de vivir, de relacionarse con su entorno, de participar en la dinámica social y, en definitiva, de aumentar su Calidad de Vida.

Queremos terminar el artículo exponiendo (OMS/EURO, 1992) once cualidades que debe poseer una ciudad sana, criterios que idealizan lo que es (o debiera ser) una Ciudad o Medio Vital Sano que aliente (y no reprima) el desarrollo de las potencialidades de sus ciudadanos.

Por tanto, 11 indicadores que nos informan del grado de Salud de los individuos que viven en ella. De esta forma, se determina así una innovadora forma de concebir **qué es una persona sana o madura: la que vive en y/o crea un Medio Vital Sano.**

CUALIDADES DE UNA CIUDAD SANA: CUALIDADES QUE INFORMAN DEL GRADO DE SALUD/MADUREZ DE LOS CIUDADANOS

- 1- **Un entorno físico limpio y seguro y de alta calidad;** incluiría calidad de vivienda, disponibilidad de transporte y comunicación, salubridad pública.
- 2- **Un ecosistema ambiental y urbano que sea estable** actualmente, y sostenible a largo plazo.
- 3- **Una comunidad sólida,** con apoyo recíproco y sin afán de explotación. Incluiría el concepto tan etéreo de «sentimiento de colectividad» o grupo.
- 4- **Alto grado de participación y control** por parte de la población en las decisiones que afectan a su propia vida, salud y bienestar. Lo cual implica Conciencia y Compromiso, por parte de los ciudadanos/as, de que la Salud es un asunto urbano a mejorar, progresiva, participativa y procesualmente. Esto es, democracia en su acepción griega original y pura de «gobierno del pueblo».
- 5- **Satisfacción de las necesidades básicas** (alimentos, agua, techo, ingresos, seguridad y trabajo...) para todos los habitantes de la ciudad. Incluiría la existencia de políticas administrativas que garantizaran estos derechos mínimos.
- 6- **Acceso a una amplia gama de experiencias y recursos,** con la oportunidad de hacer una gran variedad de contactos, interacciones y comunicaciones. Incluiría todas las posibilidades de acceso a la Cultura, Educación y Ocio Creativo.
- 7- **Una economía vital, Innovadora y diversa,** orientada hacia el desarrollo personal de los ciudadanos/as.
- 8- **Aliento a la vinculación con el pasado,** con la herencia cultural y biológica de la población urbana, así como con otras agrupaciones e individuos. Esto es, conservación, fomento y permanencia de un pasado histórico y cultural conocido y reconocible físicamente (monumentos, tradiciones culturales), que permita dar un sentido a través del tiempo, y contactar las sucesivas generaciones, huyendo de la «aculturación».
- 9- **Una «forma» (estructura urbana) compatible** con las características antes enumeradas, que tienda a enaltecerlas. Eso se concretaría en la estabilidad ambiental de la trama urbana y organizacional (órganos de gobierno, de ocio y relación) que permite a los sujetos tener puntos de referencia duraderos, y en una organización física de la ciudad no basada en el agrupamiento excluyente de unos sujetos respecto a otros (barrios, suburbios, zonas comerciales o industriales...)
- 10- **Un nivel óptimo de servicios apropiados de salud pública** y atención de los enfermos, accesibles a todos.
- 11 - **Una situación sanitaria de alto nivel** (altos niveles de salud positiva y bajos niveles de enfermedad), accesible asimismo a todos.

Es Sano el ciudadano Sano

Referencias

- Belloch, A. (1989). «Personalidad: Una realidad construida». J. Mayor y J.L. Pinillos (eds.). Tratado de Psicología General. Madrid: Alhambra. (Vol 9,1)1). 205-24(1).
- Chueca Goitia. F. (1968). Breve Historia del Urbanismo. Madrid: Alianza Editorial.
- Costa, M. y López, F. (1985). «Educación para la Salud». J.A. Carrolles. Análisis y Modificación de la Conducta. Madrid: U.N.E.D. (Vol. 2; PP. 475-497).
- Costa, M. y López, F. (1986). Salud Comunitaria. Barcelona: Martínez Roca.
- De Miguel, J.Mª. (1980). «Introducción al campo de la Antropología Médica». M. Kenny y J.Mª de Miguel (comps.). Antropología Médica en España. Barna: Anagrama. (1140).
- Font, J. (1976). Defmicio de Salut. Comunicación presentada al X Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana. Academia de Ciencias Médicas de Catalunya y Baleares.
- García-Hernández, F.R. (1994). Creencias Implícitas acerca de la Salud/Madurez en estudiantes de

- Psicología. Tesina de licenciatura no publicada, Universidad Pontificia de Salamanca.
- Gonzalez Casino (1994). «Ciudades Sanas». Suplemento Salud periódico «El Mundo» 131, p. 7.
- Jahoda, M. (1958). Current concepts of positive mental health. Basic Books.
- O.M.S.- Organización Mundial de la Salud (1946). Carta Fundacional de la OMS. (miebra: Autor.
- O.M.S.- Organización Mundial de la Salud (1978). Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud y «Salud para Todos en el año 2000». Ginebra: Autor.
- O.M.S.- Organización Mundial de la Salud (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ginebra: Autor.
- O.M.S.- Organización Mundial de la Salud (1988). Declaración de Adelaide sobre Normas de Política Pública en pro de la Salud. Guiebra: Autor.
- O.M.S. EURO - Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (1984). Estrategia Regional de «Salud para Todos en el año 2000» Gúsebra: Autor.
- O.M.S. EURO - Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (1992). Veinte pasos para formular un Proyecto de Ciudades Saludables. Ginebra: Autor.
- Ryckdak, J.F. (1985). «Fundamentos filosóficos de las teorías de la Personalidad». Fransella, F. Personalidad. Madrid: Pirámide. (PP. 21-39).
- San Martín, H. (1985). Crisis Mundial de la Salud. Madrid: Ciencia-3.