

PSICOLOGÍA DE LA SALUD: DE LA ACCIÓN INDIVIDUAL A LA ACCIÓN SOCIAL

YANETH URREGO BETANCOURT*
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FECHA RECIBIDO: 16/05/2007

FECHA ACEPTADO: 15/06/2007

RESUMEN

El presente artículo intenta dar una aproximación de las acciones sociales que pueden llevarse a cabo a nivel de la Psicología de la Salud, derivadas de las áreas estratégicas propuestas en la carta de Ottawa en 1986 (Construcción de políticas saludables, Creación de entornos favorables, Fortalecimiento de la acción comunitaria y Reorientación de los servicios de salud). El concepto de salud de la Organización Mundial de la Salud, la perspectiva global de las necesidades y los vectores implicados en el proceso salud-enfermedad, son los fundamentos que explican la necesidad de trabajar con las comunidades y con los diferentes grupos a nivel nacional y mundial.

Palabras Claves. Psicología de la Salud, Promoción de la Salud, Acción Social, estrategias de intervención.

ABSTRACT

The present article tries to give an approach of the social actions that carried out at level of Health Psychology, derived from the propose strategic areas in the letter of Ottawa in 1986 (Construction of Healthful Policies, Creation of favorable surroundings, Fortification of the communitarian action and Reorientation of the services of health). The concept of health of the World Health Organization, the global

* Línea de Psicología de la Salud, Maestría de Psicología de la Universidad Nacional de Colombia.

perspective of the necessities and the vectors implied in the process health-disease, are the foundations that explain the necessity to work with the communities and the different groups from national and world level.

Key words. Psychology of the Health, Promotion of the Health, Social Action, strategies of intervention.

La Psicología de la Salud ha tenido un recorrido satisfactorio desde que se fortaleció no solo como un área del campo disciplinar, sino a través de sus propuestas en modelos explicativos de cómo se pueden abordar los problemas específicos en salud. Los resultados en tópicos relacionados con estrés, enfermedades crónicas, calidad de vida y las variables que se han precisado en relación a conductas saludables y prevención en factores de riesgo tanto a nivel de investigación como de aplicación, reflejan el desarrollo e impacto de esta área.

No obstante, las exigencias en torno a la conceptualización de la salud y a las problemáticas mundiales que afectan el bienestar de todas las comunidades, hacen un llamado a considerar la participación en situaciones no solo desde lo individual, sino a nivel social donde se requiere de estrategias de tipo psicológico que fortalezcan los programas que se plantean y se acerquen a los resultados esperados. A partir de ello, este escrito pretende hacer énfasis en las diferentes acciones en las que puede enfocarse la acción social del psicólogo en el campo de la salud.

ANTECEDENTES DE LA VISIÓN HACIA LA COMUNIDAD

Hay tres aspectos que definen la importancia de un campo de acción centrado en los niveles grupales y comunitarios desde la Psicología de la Salud: La definición de la salud planteada por la OMS, la perspectiva global de las necesidades y los vectores implicados en el proceso salud-enfermedad.

La OMS define la Salud como “...un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia” (OMS 1946, p.1 y que entró en vigor el 7 de abril de 1948). Lo anterior

circunscribe que una completa salud no se centra sólo en lo físico, sino que además requiere un abordaje integral del individuo, desde todos los ámbitos que se desempeña y desde su bienestar psicológico como factor decisivo en su bienestar y calidad de vida.

La salud mental en un sentido positivo, se refiere tanto a las potencialidades humanas y las habilidades en la vida (funcionamiento cognitivo, autoestima adecuada, estrategias en solución de problemas, habilidad para afrontar los cambios y los estresores), como a la influencia del individuo en el medio social (habilidad para trabajar productiva y fructíferamente y hacer contribuciones a la comunidad) y en conjunto, al bienestar emocional, espiritual y mental (Hosman, 1997; OMS, 2001).

Los déficit de la salud mental no son exclusivos para un grupo determinado y se encuentran en la gente de todas las regiones, países y sociedades (OMS, 2001), en la actualidad los problemas con una mayor prevalencia están relacionados con estrés, ansiedad y depresión (Secretaría de Salud, 2006). Los factores asociados a estas problemáticas principalmente son: el desempleo, los inconvenientes familiares, la dificultad en el acceso a la educación, la atención médica y los recursos ambientales, o aun en un nivel más básico, la carencia del alimento, agua o abrigo, que contribuyen a la tensión mental de la salud en las poblaciones del mundo.

Kickbusch (2004) establece que las problemáticas de la salud deben verse cada vez más dentro de un contexto mundial, ya que responden a la modernización tanto en los países desarrollados como en vías de desarrollo y que redundan en las políticas y exigencias de salud: la esperanza de vida elevada y las poblaciones envejecidas, el extenso sistema de salud y de atención médica, el rápido crecimiento de la medicina privada, la salud como tema dominante en el discurso social y político, y la salud como una de las principales motivaciones de la vida personal, son las cinco características principales de todas las sociedades actuales, que definen la salud pública y el campo en que le corresponde operar.

Dada esta realidad surge la preocupación por la capacidad de las políticas para responder ante estos problemas y la crisis resultante al enfrentar probablemente, el aumento de las epidemias; la falta de sostenibilidad de los sistemas; la inequidad en la salud global; el cambio en el valor de la salud, como un medio y no como un fin articulado a los derechos humanos; la vaguedad en las políticas saludables; y, el uso de la solidaridad como un vínculo con el Estado, donde la salud se considera dentro de un marco empresarial en lugar de uno social.

Lo anterior implica que el campo de la salud requiere de gestiones que impacten todos los vectores que la componen con el fin de optimizar los recursos y garantizar así el desarrollo individual, social y económico que conlleva al bienestar y la calidad de vida.

Cuando se habla de vectores a nivel de salud, esta se asume como un proceso que tiene en su opuesto a la enfermedad y que necesariamente la caracteriza como dinámica y multicausal.

Como proceso, el mantenimiento de la salud requiere un compromiso constante de los agentes que la determinan, unos objetivos definidos por el desarrollo individual, social y cultural y un diseño de investigaciones, programas, y evaluaciones desde lo longitudinal y lo transversal.

La multicausalidad, se fundamenta en el modelo de Blum y en el modelo ecológico. El primer modelo concibe el proceso salud-enfermedad como el resultante de cuatro grandes vectores: a) la población con sus elementos biológicos, b) el medio ambiente en todos sus aspectos, c) el comportamiento humano individual y social y, d) los servicios de salud (Yepes, 1990). Esta perspectiva, brinda la posibilidad de enfocarse en aspectos medioambientales y comportamentales, y en el papel que desempeña el contexto político para lograr el mantenimiento de la salud.

Adicionalmente, el modelo ecológico, asigna un valor específico a cada factor involucrado en el proceso de estudio permitiendo una bidireccional-

lidad en los componentes que se incluyen en todas las estructuras, contenidas en sistemas de diferente nivel que van desde el personal hasta el macrosistema (Bronfenbrenner, 1986), dando paso a una retroalimentación constante entre los elementos que garantizan el proceso salud-enfermedad y que determinarán si las acciones y comportamientos se acercan más a un lado o al otro (Restrepo, M. 2006).

Como corolario, cualquiera que sea la acción definida en la salud requiere una conceptualización integral de la misma, una comprensión de los cambios sociales, económicos y culturales (tanto en los micro como en los macrocontextos), una acción que se respalde o permita el vínculo con otras disciplinas y con otros elementos además del individual, y la implicación de todos los actores y agentes que afecten directa o indirectamente las decisiones en salud.

ACCIONES ESPECÍFICAS

La carta de Ottawa, producto de la conferencia internacional de promoción de la salud que se llevó a cabo en dicha ciudad en el año de 1986, provee un marco para mejorar la salud de la población de una manera holística teniendo en cuenta los determinantes en diferentes niveles: a) Construir Políticas Saludables, b) Crear los entornos favorables, c) Fortalecer la acción comunitaria, d) Desarrollar aptitudes personales y, e) Reorientar los servicios de salud. Las estrategias de allí derivadas dan un lineamiento a la creación de programas de alto impacto en los que se puede participar e intervenir desde la Psicología. Como el objetivo aquí es dar una mirada a los procesos sociales, el desarrollo de aptitudes personales, será mencionado en la medida que se referencien los otros determinantes.

Construir políticas públicas saludables

Este tipo de políticas tienen una fuerte influencia en los determinantes de la salud (Restrepo & Málaga, 2002). Incluyen legislación, medidas fiscales, tasación y cambios organizacionales.

En Colombia, la legislación tiene como base la Ley 100 de 1993, que dicta las acciones de salud. Aunque sus principios pretenden responder a los objetivos planteados por la Organización Mundial de la Salud, las políticas y los resultados a partir de su implementación, han estado llenos de críticas pues más que acercarse se alejan de los objetivos propuestos y crean contradicciones y frustraciones al evaluar el sistema de salud actual. Entre sus fallas se mencionan aspectos de orden estructural (Hernández, 2001), déficit en cobertura (Hernández, 2005), inequidad (Gonzalez, 2002, 2003) y mercantilización de los servicios de salud (Franco, 2003; Varela, 2002),

Aunque pareciera un problema particular, otros países de América Latina, Norteamérica y Europa, mencionan fallas similares que señalan la dificultad en la viabilidad de las políticas en salud de acuerdo al planteamiento que hace la OMS (Antezana, 2002; Krause, 2002; Arce, 2002; Segura, 2000; Kapp, 2000; Stocker, Waitzkin & Iriart, 1999).

Como resultado es necesario reformular las políticas y estrategias que se llevan a cabo. Las políticas, por un lado deben enmarcarse en un contexto, pero por otro, encontrar un equilibrio entre el apoyo intersectorial e interinstitucional y las relaciones insertas en un mundo globalizado. A pesar de la descentralización, hay problemas de orden nacional, como la violencia, la pobreza, el desplazamiento, el desempleo, etc., que no están perfectamente delimitados geográficamente, sino que afectan todo el territorio. Por tanto, el apoyo intersectorial es necesario tanto en la distribución de los recursos como en los procesos de solidaridad, vista no solo desde la obligatoriedad en el aporte económico a través de los sistemas contributivo y subsidiados, sino desde una perspectiva de soporte a programas que se vienen desarrollando y que requieren del respaldo de los departamentos con mayores recursos y desarrollo. De tal forma, es indispensable estrategias dentro de las políticas públicas que impulsen las decisiones a nivel nacional e internacional.

Los programas a este nivel desde la Psicología de la Salud, deben plantear alternativas que sensibilicen a los actores implicados en el diseño y definición

de las políticas, procesos de investigación que además de factores de riesgo y conductas particulares, aclaren la percepción, conocimiento e identificación de las problemáticas sociales en grupos amplios o reducidos, y plantear diseños organizacionales donde se impliquen representantes de los diferentes sectores económicos y profesionales que intervengan en los ambientes que se relacionan con la salud, desde una concepción de bienestar en todos los sistemas y que refleje el concepto de salud como proceso.

Teniendo en mente la flexibilidad de los programas ante el curso y cambio de las problemáticas, o la aparición de situaciones que requieran una respuesta inmediata, los diseños de programas e intervenciones deben definirse en un tiempo que permita verificar los cambios y dar continuidad al proceso que se haya logrado. La decisión de continuarlos o no, puede verse fortalecida a través de incluir instrumentos psicológicos que estén diseñados para las necesidades y problemáticas específicas en el contexto o a nivel nacional.

De tal modo, se debe precisar en los indicadores psicosociales que puedan medir de manera precisa el impacto de las estrategias implementadas y en el diseño de instrumentos sobre variables que deban ser evaluadas para concretar las políticas que se requieran y que posibiliten la participación de las comunidades a nivel de diagnóstico, planeación, toma de decisiones respecto a las políticas en salud, su viabilidad, su ejecución y mantenimiento a corto, mediano y largo plazo y desarrollo de las metodologías más adecuadas para que las conductas no saludables sean modificadas, o para fortalecer las conductas que se relacionan con factores protectores en salud.

Crear entornos favorables

La Carta de Ottawa induce a la creación de ambientes físicos, sociales, culturales, económicos que además de proteger la salud, potencien el nivel de calidad de vida (Restrepo & Málaga, 2002). La OMS incluyó el concepto “entornos para la salud”, definiéndolo como “el lugar o contexto social en el que las personas desarrollan sus actividades cotidianas en el cual los

factores medioambientales, organizativos y personales interactúan y afectan a la salud y al bienestar” (OMS 1998a); el nuevo Marco europeo para la política Salud para todos, Salud XXI, contenía un objetivo centrado en los entornos (OMS, 1998b); y más recientemente, la Carta de Bangkok (OMS, 2005) subraya el papel que juegan los entornos a la hora de elaborar las estrategias de promoción de la salud y la necesidad de un enfoque integrado de todas las políticas y el compromiso de trabajar transversalmente en unos y otros entornos.

La creación de ambientes sanos, no solo está ligada a procesos de seguridad social, sino al desarrollo de relaciones sociales satisfactorias, y a la identificación de micro y macroambientes donde el individuo desarrolle sus capacidades y expectativas. Ámbitos como la familia, el trabajo, la recreación, la comunidad están mediados por la interacción entre el individuo, su medio ambiente y su contexto social, trasladando a la salud de un marco individual a un marco influenciado por factores sociales, culturales y económicos.

Jané-Llopis y Barry (2005) hacen un análisis sobre la importancia de dirigir las acciones en ambientes que son primordiales en el desarrollo de la salud y que dibujan la cotidianidad y estilo de vida del individuo: el hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad.

El *hogarse* considera como un contexto fuertemente ligado al desarrollo de cada individuo. La importancia de las políticas y de los programas asumen la infancia como una etapa vital para adquirir habilidades, competencias y estrategias que capacitan a todo ser humano para trabajar en pro de su bienestar y ser efectivo a nivel social, tanto en el presente como en el futuro. El desarrollo de un apego saludable con los padres los primeros meses de vida, las interacciones positivas con ellos, y los ambientes preescolares estimulantes conducen al desarrollo óptimo de estas habilidades cognitivas, psicológicas y sociales. (Jané-Llopis, Barry & Hosman, 2005).

La UNICEF (2006) señala que la exposición en el inicio de la vida a factores de riesgo medioambientales dentro de la familia como la pobreza, la

violencia, el conflicto armado o el VIH/SIDA tienen un impacto negativo en la salud mental futura de los recién nacidos. Infortunadamente, ninguna de estas problemáticas es ajena al contexto colombiano, pero al ser una realidad, se pueden ver como una oportunidad en el trabajo dentro de la psicología de la salud.

Aunque hay factores que solo pueden abordarse desde un nivel individual, pues son propios a la historia de cada individuo, los grupos cercanos al niño, comparten características que son frecuentes en las conductas de riesgo. Las familias, como unidad social, deben considerarse clave en la formación del infante, sin embargo, los antecedentes con que se forman y los aprendizajes para el manejo de conflictos, que también están inmersos en la cultura, no son los óptimos para una convivencia pacífica. Como respuesta, es indispensable el diseño de programas que faciliten el reconocimiento de la problemática, la conceptualización y percepción del impacto en la salud, y la comprensión del efecto inmediato y mediato de los comportamientos individuales y grupales en el bienestar psicosocial del niño y de la familia misma.

Además, el apoyo a otras disciplinas en metodologías que favorezcan el acercamiento a la comunidad sin transgredir sus valores culturales y las tradiciones. Los miembros de la comunidad pueden desarrollar y definir mecanismos cognitivos y conductuales que revalúen el uso de la violencia como opción para la crianza y proponer alternativas para una mayor solidez en su convivencia o en los resultados positivos para su salud. El deporte, la cohesión grupal, el soporte social y los procesos de comunicación, pueden ser alternativas a conductas de farmacodependencia, adicción e indefensión, que llevan a consecuencias negativas en la salud y que impactan los objetivos establecidos dentro de la misma.

Otro ambiente que es visto con gran potencial para la promoción de la salud es el denominado *escuela saludable*, que se refiere a un centro educativo en el cual los alumnos logran un armonioso desarrollo biológico, emocional y social, en un ambiente de bienestar institucional y comunal, desarrollando

estilos de vida saludables, todo lo cual es compartido con sus familias, los maestros, el personal de la escuela y la comunidad (OPS/OMS, 1996). En el año 2001, la OMS estableció que las escuelas pueden, y deben ayudar a prevenir el suicidio y capacitar a los niños y adolescentes en el desarrollo de una salud mental armoniosa y positiva.

Los ambientes educativos son espacios donde cada vez más los niños y adolescentes pasan gran parte de su tiempo, los horarios y las actividades que allí se desarrollan no están sujetas solamente con lo cognitivo y académico, sino son fuente de la creación de grupos de pares, el conocimiento de las normas, el desarrollo de procesos autónomos, la confrontación de responsabilidades y potencialidades, la negociación de lo que se debe y puede exigir en lo educativo y social y, el ejercicio de sus derechos como individuo.

Estos antecedentes esbozan un punto de partida para acciones dirigidas a quienes integran la comunidad educativa. Los profesores no solo representan quienes pueden facilitar el conocimiento específico, sino a su vez son modelo de la convivencia, la toma de decisiones, la concientización de la importancia del otro y el mediador entre el contexto familiar y social futuro del niño y adolescente. Por tanto, es un grupo no solo foco de intervención, sino de creación de estrategias para el logro de todos los potenciales psicosociales y afectivos de los alumnos.

Directamente relacionadas se encuentran las políticas, programas educativos, y decisiones administrativas que pueden facilitar la inserción de la capacitación y el diseño de los programas que responden a las oportunidades que se brindan en el ámbito escolar. A través del currículo se refleja el perfil que se desea construir del alumno y cómo las actividades y planes de desarrollo deben ser coherentes con los objetivos propuestos para el bienestar del niño o adolescente y las exigencias de la sociedad al ser escolarizado, integrando además la familia

Los alumnos por su parte, deben ser partícipes y constructores de su proceso ya que es a través de su forma de ver la realidad donde se pueden

reconocer sus necesidades, expectativas, estrategias y potencialidades. El involucramiento desde los primeros años, da la posibilidad de que cada uno se reconozca como individuo, agente de cambio y elemento esencial en la toma de decisiones. Ejemplo de este proceso es la implementación del *gobierno escolar* (Dto. 1860 /94 Art. 19), en todos los colegios a nivel nacional que favorecen el conocimiento de las políticas y la democracia desde un enfoque experiencial. Otros tópicos como la toma de decisiones, el proyecto de vida, el manejo de la sexualidad requieren de igual forma un proceso que confronte la realidad particular de los alumnos y no solo una guía teórica sobre conceptos y términos que se perciben como externos y alejados de la cotidianidad.

Así como el ambiente escolar es significativo en el niño y el adolescente, el *ambiente laboral* lo es para el adulto, sin que en alguno de los dos se excluya a alguna población específica. El trabajo, según Bonilla (2001) es uno de los principales mecanismos de inserción social, es la principal fuente de ingreso de los hogares, ofrece posibilidades de expresión y desarrollo de las capacidades individuales, posibilita el acceso a la seguridad social, y es, ante todo, una vía para la inserción en el esfuerzo colectivo de creación de riqueza económica, cultural y social.

Aunque el trabajo puede experimentarse como una contribución a la salud y al bienestar, también llega a ser una fuente de *distress* psicológico y enfermedad (Jané-Llopis & Mittelmark, 2005).

La cantidad y calidad del trabajo influyen significativamente en la salud mental. En el tema laboral, Colombia ha tenido que enfrentar varias preocupaciones: reducción importante del crecimiento económico, recesión prolongada, exposición cada vez mayor a los flujos económicos internacionales que hacen más vulnerable al país, cambio en la estructura productiva inducido por la apertura comercial y las reformas de principios de los años noventa, incremento de la participación laboral especialmente de las mujeres, desvalorización de las competencias específicas de los trabajadores y dificultades para adoptar estrategias de formación de la fuerza de trabajo

para responder a las transformaciones tecnológicas y de la estructura productiva, desmovilización y desplazamiento forzado hacia las zonas urbanas (Bonilla, 2001; ILSA, 2003).

El resultado es una alta tasa de desempleo cíclico y estructural (Presidencia de la República, 2002) y subempleo, una percepción de inestabilidad y la inclusión del trabajo infantil para respaldar la economía familiar, que conlleva a la vez el abandono de la formación escolar. Los efectos del desempleo se unen a consecuencias psicológicas que se extienden tanto a la familia como a la sociedad; problemas como ansiedad, depresión, insomnio, migraña, abuso de alcohol y otras sustancias, maltrato infantil y conflictos en la pareja (Price, 2003, citado por Jané-Llopis & Barry, 2005), empobrecimiento global de las funciones psíquicas, reducción en el nivel energético que afecta la productividad, disminución de las capacidades ideativas y creativas (Zanotti, Berado, Toful & Mora, 2005) son solo algunos de los resultados cuando las condiciones y ambientes laborales no son favorables.

Mejorar las condiciones y políticas laborales, así como aspectos psicológicos propios de las organizaciones como su dinámica y clima, que tienen como base una cultura particular, puede llevar a que la salud física, mental y social de los trabajadores se fortalezca. Jané-Llopis (2002), Jané-Llopis, Barry, Hosmann y Patel (2005), proponen al respecto, que la implementación de medidas organizacionales de seguridad con una cobertura total de los empleados puede proporcionar ambientes laborales más estimulantes, satisfactorios y saludables, aumentar la participación en la toma de decisiones y reducir problemas mentales tales como el estrés. Cuando se cambia la percepción de un ambiente agresivo y hostil a un ambiente de oportunidades personales, sociales y familiares, no solo se logra sentido de pertenencia y disposición al desarrollo de competencias, sino además una alta productividad que redundará en el bienestar psicosocial y en la sostenibilidad de las empresas.

Respecto al trabajo infantil y la deserción escolar, el programa de subsidio escolar manejado por el Distrito de Bogotá, a través de la Secretaría de

Educación (SED, 2006), se convierte en una alternativa que compromete a las familias y a la sociedad en el apoyo de la formación escolar de los niños de clases bajas. Sin embargo, una propuesta que se mantiene a través de cuotas de dinero puede no ser competitiva respecto a los ingresos y necesidades primarias o secundarias que necesitan las familias, llegando a ser contraproducentes tanto para la valoración de la educación, como de la fuerza laboral de los menores. La base de las propuestas deben partir y realzar el papel de la educación en el bienestar y desarrollo psicosocial y hacer conscientes a los padres de familia, así como a la comunidad de su responsabilidad en la población que en un futuro será quien tenga en sus manos el desarrollo social a nivel mundial.

Fortalecimiento de la acción comunitaria

El empoderamiento consiste en la capacidad de la comunidad para actuar con respecto a sus problemas y sus soluciones (Restrepo & Málaga, 2002), también se define como el proceso de acción social que promueve la participación de la gente, las organizaciones y las comunidades hacia el logro del control por los individuos y las comunidades, la eficacia política, el mejoramiento de la calidad de vida comunitaria y la justicia social (Wallerstein, 1992; citado por Canaval, 1996). Su principal objetivo es fomentar la participación activa de las comunidades en las prioridades de su contexto, la toma de decisiones, la planeación de estrategias y su implementación, para lograr una mejor salud. Las intervenciones efectivas en la comunidad tienen como foco el desarrollo del sentido de pertenencia y la responsabilidad social de todos los individuos con resultados a nivel mundial (Jané-Llopis & Mittelmark, 2005).

El Instituto de la Salud Pública de Québec, en su informe del 2003 sobre la salud de las comunidades plantea cuatro elementos del empoderamiento de las comunidades: a) La participación, tanto de líderes como de no líderes que certifique la equidad; b) El desarrollo de habilidades, que amparen la capacidad para realizar redes entre los recursos locales, la cooperación, el fortalecimiento del tejido social y el aprovechamiento de las sinergias

resultantes; c) La comunicación, que permita una adecuada circulación de la información, un fácil acceso y una transparencia en la toma de decisiones y, d) el capital comunitario, que suscite el sentido de pertenencia tanto a la comunidad como al entorno y la conciencia de ciudadanía de cada uno de los miembros (Levesqué, 2003).

El principio de participación tiene como premisa que es más probable el cambio cuando los directamente afectados se involucran, revirtiéndose en un mayor impacto y mejor sostenibilidad a la hora de resolver los problemas locales y establecer las políticas y normas en cuanto a la salud (Thompson & Kinne, 1999). Debido a la complejidad inmersa en el mejoramiento de los entornos sociales es necesario el uso de estímulos e incentivos especiales para fortalecer estrategias de ayuda mutua y la organización de grupos de autogestión y soporte en problemáticas comunes (Restrepo & Málaga, 2002).

Una comunidad capaz de actuar, es una comunidad en la cual sus miembros ponen en común sus capacidades y recursos con el objetivo de convertirse en una comunidad competente (Canaval, 1996). Sin embargo, la toma de decisiones y la participación yacen sobre otras capacidades de tipo psicológico: la identificación y percepción de las redes sociales, el análisis e interpretación de la información, el reconocimiento de las habilidades individuales y colectivas y su pertinencia, la capacidad de negociación, el manejo del conflicto, el autocontrol social para obtener resultados a corto, mediano y largo plazo, y las estrategias de afrontamiento oportunas y adecuadas, son variables que no se han desarrollado de igual forma y nivel en todos los miembros de la comunidad. Los recursos y las alternativas de solución pueden estar disponibles, pero sí no hay una guía o una capacidad de percibir las y apropiarlas es posible que no se llegue a metas concretas ni adecuadas, lo cual agrava las problemáticas (Green, 2005). Por tal razón, la intervención en estos tópicos desde una metodología que incluya a la vez varios y múltiples agentes, es necesaria para una óptima participación y conllevar el fortalecimiento, organización e identificación de las redes sociales.

Desde esta perspectiva es importante que los programas que se diseñen tengan como base modelos y estrategias adecuadas que garanticen la consecución de metas sociales. La facilitación de espacios de comunicación y el fortalecimiento de las redes y el tejido social, requiere de intervenciones en las interacciones sociales, la aceptación y el conocimiento de la cultura así como de los propios recursos y su aprovechamiento.

El *desarrollo de las habilidades personales*, es otro campo estratégico formulado en la carta de Ottawa de 1986, para garantizar una óptima salud en este siglo (Citado por Restrepo, 2002). Debido al especial avance de la Psicología de la Salud en intervenciones de tipo individual reflejadas en una cantidad importante de investigaciones en diferentes tópicos como VIH/SIDA (Robles, 2006; Piña, 2004; Bayes, 1992) Conductas de riesgo (Figueroa, 2006; Jetter, 2003) Calidad de vida (Medina, 2003; Ibarzábal, 2003; Perol & cols, 2000; Nieto & cols, 1998), por solo mencionar algunos, y el propósito de este escrito, solo nos limitaremos a decir que esta área es fundamental en el apoyo de las otras, no solo porque es donde se concentra el resultado de las acciones de la salud en todos los vectores propuestos por Blum, cuando se refiere al proceso salud-enfermedad (Yepes, 1990), sino que para obtener equidad y seguridad se requiere que cada uno de los individuos a nivel mundial haya logrado ejercer más control sobre su propia salud y sobre su contexto para optar y ejercer conductas saludables.

Reorientación de los servicios de salud

Aquí el énfasis está dado por obtener una responsabilidad conjunta entre los individuos, los grupos comunitarios, los profesionales de la salud, las instituciones promotoras de salud y los gobiernos. Incluye la investigación en los servicios de salud, la capacitación tanto de los profesionales como de las organizaciones de la salud, teniendo presente las necesidades de los individuos como seres integrales y totales (Jané-Llopis, Barry & cols, 2005; sin autor, 2004).

Acosta (2005) señala que una preocupación persistente de los sistemas de salud ha sido lograr la cobertura de servicios para la totalidad de la

población con los principios de accesibilidad, integralidad, continuidad y más recientemente el criterio de equidad social (p.1). Como resultado de este proceso que se viene dando desde finales de los años setenta, se ha reorientado el marco conceptual y práctico de la atención primaria en salud (APS), desde una asistencia sanitaria esencial a una estrategia que busca mejorar la situación de salud por su énfasis en la equidad social (provisión de servicios según la necesidad), la coordinación de la provisión de servicios y la colaboración intersectorial, incluido el fortalecimiento de la participación social.

A pesar de ello, en Colombia existe una marcada fragmentación de la atención y dualidad de funciones entre diversos actores por la falta de coordinación y cooperación entre la provisión del Plan de Atención Básica (PAB a cargo de la entidades territoriales) y los Planes Obligatorios de Salud (POS subsidiado y contributivo, responsabilidad de las aseguradoras). Además de la desintegración e inoperancia de los sistemas de información de salud en los territorios, los cuales son indispensables para la formulación de planes de acción de salud específicos (Acosta, 2005).

Lo anterior también se manifiesta en las funciones esenciales de la Salud Pública. De acuerdo a un informe presentado en el año 2001 en la *Public Journal Health*, las principales deficiencias (en orden), de la Dirección Nacional del Sector Salud en Colombia (conceptualizadas como con un desempeño mínimo), se encuentran en: la promoción de la salud; la investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública; la participación de los ciudadanos en salud; el desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública; la garantía de calidad de servicios de salud individuales y colectivos; y, el fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública (OPS, 2001).

La suma de estas limitantes advierte la necesidad de estrategias de orden psicológico, sin que sean estas las únicas válidas, que pueden ser implementadas para el fortalecimiento de los procesos al reorientarlos.

Una mayor interacción y comprensión de y en las responsabilidades de cada sector, el diseño y delimitación de indicadores de calidad desde lo psicosocial, la identificación de indicadores psicosociales para auditar los servicios, la integración de las percepciones a nivel individual, social y administrativo, y el apoyo en la concientización de la responsabilidad y apropiación de los mecanismos que caracterizan y se definen en todos los ámbitos de la salud, son focos específicos para aumentar la eficiencia y eficacia de todo el sistema.

Factores a tener en cuenta en las intervenciones psicológicas

Los ámbitos y acciones mencionadas anteriormente, son tan solo un mínimo dentro de los posibles aspectos que puede impactar y fortalecer las estrategias de la Psicología de la Salud, todo ello por la relevancia del factor psicológico en la salud mental y total de los individuos, por la oportunidad de complementar los programas que se vienen desarrollando a partir de otras disciplinas, y especialmente, por la complejidad encontrada cuando se desea abordar la salud, ya que esta toca todos los aspectos transversales y longitudinales del individuo, su contexto y el mundo. El planteamiento de propuestas efectivas desde la Psicología de la Salud, bajo estos parámetros debe propender por:

- Una delimitación teórica adecuada desde los enfoques psicológicos que sirva de marco para conceptualizar las problemáticas de forma clara y explícita e intervenirla a nivel micro y macro.
- La comprensión de los aspectos que abarca la promoción de la salud, tanto desde lo teórico como lo práctico.
- Un conocimiento del desarrollo histórico y actual de las políticas, normas y disposiciones en la salud.
- Un marco de referencia global y cultural, que permita la mediación y equilibrio entre las necesidades particulares y grupales.
- La adopción de un modelo en salud que contemple su multicausalidad y la retroalimentación de cada uno de los elementos que la determinan.

- Una actitud abierta a la dinámica de los procesos de la salud y a la interacción con otras disciplinas además de las que se integran a las ciencias sociales y de la salud; necesarias en el logro de las metas y estándares propuestos por la OMS, como pueden ser las ciencias económicas y políticas.
- El uso adecuado de metodologías e instrumentos de investigación, que favorezcan el diagnóstico, implementación y evaluación de las estrategias psicosociales que se usan en salud, con el ánimo de mantenerlas, modificarlas, reevaluarlas o complementarlas.
- El planteamiento de problemas y métodos de investigación que releven el papel de la participación, la colaboración, y la apropiación en las comunidades.
- El uso y definición de indicadores no solo epidemiológicos, sino psicosociales que permitan evaluar la costo-efectividad y sostenibilidad de los programas.
- El diseño de proyectos y protocolos que permitan la validación empírica de las estrategias utilizadas en los programas.
- El diseño, implementación, evaluación y validación de programas que se dirijan a la intervención de variables individuales, sociales y culturales, desde una mirada integral de la salud y desde la participación de todos los agentes de la salud.
- La innovación de propuestas dirigidas a los procesos psicológicos y los comportamientos, para hacer más efectivas las acciones planteadas desde los entes políticos y la comunidad.
- La delineación de programas desde ejes transversales y longitudinales que respondan a problemas
- El diseño de programas que permitan la comprensión de las comunidades tanto desde los aspectos psicológicos como de la representación que las comunidades e individuos hacen de la realidad.
- El diseño de programas que faciliten el desarrollo de competencias cognitivas y afectivas por parte de los profesionales que atienden y se rela-

cionan con la comunidad, así como de otros agentes de los que depende la ejecución de los lineamientos definidos en las políticas nacionales.

CONCLUSIONES

Las problemáticas mundiales y los cambios conceptuales de la salud desde un abordaje epidemiológico centrado en la atención de lo físico a un abordaje más social y constructivista, abren el panorama de las acciones que todas las disciplinas deben ejercer en un constructo tan amplio como lo es la salud. La Psicología como disciplina, y especialmente el campo de la Psicología de la Salud tiene fortalezas que al ser contempladas por todos los agentes que participan y definen las propuestas en salud, aportan beneficios para consolidar las metas propuestas por la OMS. A pesar que la carta de Ottawa fue presentada hace ya 20 años, los elementos principales, contribuyen a entender la salud de manera integral y determinan los indicadores sobre la factibilidad y la calidad de los procesos que se realizan en salud.

Dada la complejidad de la salud, su dinámica y las variables inmersas en ella, los mecanismos utilizados a nivel individual, social, comunitarias y políticas se enfrentan con limitantes que previenen sobre su pertinencia, factibilidad y viabilidad. La cantidad de aspectos psicológicos involucrados en las áreas, estrategias y ambientes de la salud, ameritan la construcción de programas que sean liderados desde la disciplina y que incorporen la comunidad y el trabajo, interdisciplinario, interinstitucional e intersectorial. Estas posibilidades también exigen unas competencias teóricas y prácticas que lleven a propuestas que afiancen la disciplina, la construcción teórica, la participación de las comunidades y la sostenibilidad en los proyectos que se desarrollan.

REFERENCIAS

Acosta, R. N. (2005). ¿Renovar la atención primaria en salud? En Cendex. Centro de Proyectos para el Desarrollo. Documento de Trabajo. ASS/DT 014-05

en <http://www.saludcapital.gov.co/seccsalud/navleft/partsocial/comoparticipar.html>

- Antezana, A. F. (2002). Salud, un derecho y una responsabilidad para todos, política nacional de salud, en documentos de políticas. Ministerio de Salud. Bolivia. Recuperado en <http://www.sn.s.gov.bo/polinasa.htm>
- Arce, M. (2002). Social-sector reform, Latin American Style. *Latin American Research Review*, 37, (3), 189-202.
- Bayés, R. (1992). Variaciones sobre un modelo de prevención de enfermedad y su aplicación al caso del SIDA. *Acta Comportamental*, 0, 33-50.
- Bonilla. (2001). Panorama laboral colombiano: alto desempleo, ingresos precarios. *Observatorio de coyuntura socioeconómica*. Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad nacional de Colombia. UNICEF <http://www.cid.unal.edu.co/observatorio/pdfs/boletin11.pdf>
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Developmental Psychology*, 22, (6), 723-742.
- Canaval, E. G. (1996). Promoción de la salud: predictores de empoderamiento comunitario en mujeres. *Revista de Educación e Investigación en Enfermería*. Universidad de Antioquia. XVI, 2. Disponible en <http://tone.udea.edu.co/revista/html/modules.php?op=modload&name=Sections&file=index&req=listarticles&secid=32>
- Figuroa, C. y Ramos del Río, B. (2006). Factores de riesgo de la hipertensión arterial y la salud cardiovascular en estudiantes universitarios. *Anales de Psicología*, 22, (2), 169-174.
- Franco, A. (2003). Para que la salud sea pública. *Revista de Gerencia y Políticas en Salud*, 02, (4), 58-69.
- González, J. (2002). Salud y seguridad social. Entre la solidaridad y la equidad. *Revista Espacio Abierto*. Universidad Javeriana. 2, (2), 18-24.
- González, J. (2003). Salud y seguridad social. Entre la solidaridad y la equidad. *Revista Espacio Abierto*. Universidad Javeriana. 2, (2), 18-24.

- Extraído el 10, noviembre, 2006 de <http://www.gerenciasalud.com/art50.htm>
- Green, J. (2005). The Power of Change Social. *Promotion & Education*. 12, (2), 60-62.
- Hernández, A. y Vega, R. (2001). El sistema colombiano de seguridad social en salud: desigualdad y exclusión. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. (1), 48-73.
- Hernández, A. (2002). El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización. *Revista de Salud Pública*. Universidad Nacional de Colombia. 2, (2), 133-164.
- Hernández, A. (2005). Reforma a la Ley 100 ¿Un ajuste saludable? en http://www.contraloriagen.gov.co:8081/internet/central_doc/Archivos/215/Discurso%20instalaci%C3%B3n%20Contralor%20Foro%20ley%20100.pdf
- Hosman, C. (1997). 7th European Conference on Promotion of Mental Health Maastricht, 1997 in http://www.erf-conference.org/eng/Clemens_M_H_Hosman.htm
- ILSA. (2003). Programa administración de justicia y sociedad. En el marco de conflicto armado en Colombia. En *Ilsa*. Instituto Latinoamericano de Servicios Legales Alternativos. En <http://www.ilsa.org.co/spip.php>
- Ibarzábal, A. (2003). Aspectos emocionales y calidad de vida en pacientes con enfermedades desmielinizantes: el caso de la esclerosis múltiple. *Anales de Psicología*, 19, (1), 65-74.
- Jané-Llopis, E. (2002). What makes the ounce of prevention effective? A meta-analysis of mental health promotion and mental disorder prevention programmes [dissertation], Nijmegen: University of Nijmegen
- Jané-Llopis, E. y Barry, M. (2005). What makes mental health promotion effective? Mental health promotion works: a review. *Promotion & Education*, 47-58.
- Jané-Llopis, E. y Mittelmark, B. (2005). No health without mental health. *Promotion & Education*. 4-6.

- Jetter, M. (2003). Restricción calórica y sus efectos sobre el envejecimiento, la salud y el comportamiento: Una revisión. *Revista de Psicología de la Salud*, 15, (1-2), 61-83.
- Kapp, M. (2000). Professional, development in law, health care and Aging: The gerontologist. *The Gerontologist*, Health & Medical Complete 40 (3), 364-366.
- Kickbusch, I. (2004). The Leavell lecture1-The end of public health as we know it: constructing global public health in the 21st century. *Promotion & Education* 11, (4), 206-304.
- Krause, M. (2002). The institutionalization of community interventions in Chile: Characteristics and contradictions. *American Journal of Community Psychology*. 30, (4), 547-571.
- Lévesque, J. (2003). La Salud de las comunidades: perspectivas para la contribución de la salud pública al desarrollo social y de las comunidades. Trad. Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud. CONASEMS Brasil, en http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/176_SaludDeLasComunidades.pdf
- Medina, M. (2003). Cambios en la calidad de la vida y la percepción de la disnea después de un programa de rehabilitación respiratoria ambulatoria en pacientes con EPOC. *Revista de psicología de la salud*, 15, (1-2), 85-94
- Ministerio de Educación (1994) Dto. 1860 /94 Art. 19. Ley 115. Ministerio de Educación.
- Nieto Munuera, J., Abad Mateo, M.A. y Torres Ortuño, A. (1998). Dimensiones psicosociales mediadoras de la conducta de enfermedad y la calidad de vida en población geriátrica. *Anales de Psicología*, 14, (1), 75-81.
- OPS/OMS. (1996). Promoción de la salud en el ambito escolar: analisis descriptivo de la situación actual en varios países de la region. HPP. Washington, D. C.
- Organización Mundial de la Salud. (1948). Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia

- Sanitaria Internacional, Nueva York, 19-22 Actas oficiales de la Organización Mundial de la Salud, 2, 100. En http://webarg1.ops-oms.org/AcercaDe/PreguntasFrecuentes.htm#Def_salud_OMS
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1998a). Glosario de Promoción de la Salud. OMS, Ginebra. En <http://www.who.int/en/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1998b). Health21 - The Health for All Policy for the WHO European Region - 21 Targets for the 21st Century. Oficina regional de la OMS para Europa, Copenhague. En <http://www.who.int/en/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001 - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas en http://www.who.int/whr/2001/media_centre/es/index.html
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2005). Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado, OMS, Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud. (2001). Funciones esenciales de la Salud Pública en Colombia .Informe Especial, en *Public Health Journal on the Net*. (62.ª Ed.) nov./dic. del 2001. <http://www.saludcolombia.com/actual/salud62/portad62.htm>
- Piña, J. (2004). Eventos disposicionales que probabilizan la práctica de conductas de riesgo para el VIH/SIDA. *Anales de Psicología*, 20, (1), 23-32.
- Presidencia de la República, (2002). Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2002-2006. <http://www.presidencia.gov.co/planacio/index.htm>
- Restrepo, H. y Málaga, H. (2002). *Promoción de la Salud. Cómo construir vida saludable*. Bogotá: Ed. Médica Panamericana.
- Restrepo, M. (2006). *Psicología de la Salud en Contexto*. Seminario. Maestría de Psicología. Universidad Nacional de Colombia. Apuntes de Seminario.
- Robles, S., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R., DíazGonzales, E. et. al. (2006). Entrenamiento conductual en habilidades de comunicación sexual en la pareja y uso correcto del condón. 22 (1), 60-71.

- Secretaría de Educación Distrital. (2006). En qué consiste el subsidio escolar. Alcaldía Mayor de Bogotá. <http://www.sedbogota.edu.co/secretaria/export/SED/index.html>
- Secretaría de Salud Distrital. (2006, octubre). Encuentro Distrital de Salud Mental. Conferencia. Bogotá.
- Segura, A. (2000). La influencia de la investigación en las políticas de salud y en la práctica sanitaria. *Política y Sociedad*, 35, 55-64.
- Sin autor. (2004). The Global Programme on Health Promotion Effectiveness. *Promotion and Education*. 11, (3), 167-174.
- Stocker, K., Waitzkin, H. y Iriart, C. (1999). The exportation of managed care to Latin America. *The New England Journal of Medicine*. 140, (14), 1131-1137.
- Terol, M., López, S., Rodríguez, J., Pastor, M., Mora, M., Martín, M., et al. (2000). Diferencias en la calidad de vida: un estudio longitudinal de pacientes de cáncer recibiendo tratamiento de quimioterapia. *Anales de Psicología*, 16, (2), 111-122.
- Thompson, B. y Kinne, S. (1999). Theories of Community Change: Review, Synthesis, and Application, *Health Promotion at the Community Level: New Advances*, 2, Thousand Oaks, CA, Sage, 1999.
- UNICEF. (2006). Situación de la infancia. Bases sólidas para la ciudadanía. En <http://www.unicef.org.co>
- Varela, B. (2002). La mercantilización de lo público. VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lisboa, Portugal, 8-11. <http://www.valledelcauca.gov.co/planeacion/>
- Yepes, F. (1990). La salud en Colombia. Estudio sectorial de la salud. Ministerio de la Salud en Colombia.
- Zanotti, D., Berado, M.C., Toful, C.M. & Mora, C. (2005). Efectos Psicológicos del desempleo. Un análisis clínico pluridimensional. Recuperado en <http://www.aset.org.ar/congresos/7/14008.pdf>.