

## La Psicología de la Salud Latinoamericana: hacia la promoción de la salud

Ricardo Werner Sebastiani<sup>1</sup> (*Pontificia Universidade Católica de Sao Paulo, Brasil*), Maria Cecília F. Pelicioni (*Universidade de Sao Paulo, Brasil*)  
Heloisa B.C. Chiattonne (*Pontificia Universidade Católica de Sao Paulo, Brasil*)

(Recibido 18 septiembre 2001 / Received 18 September 2001)  
(Aceptado 28 noviembre 2001 / Accepted 28 November 2001)

**RESUMEN.** El presente artículo presenta una reflexión sobre las propuestas y acciones de la Psicología de la Salud Latinoamericana centradas en programas de promoción de la salud y el desarrollo humano. Basándonos en estudios desarrollados a partir de documentos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPAS) en sus conferencias mundiales y continentales de promoción de la salud (desde Alma-Ata en 1979 hasta México en 2000) y en el documento "Salud en el Desarrollo Humano: Escenarios y Prioridades para el Nuevo Milenio" (Organización Panamericana de Salud, 1977) se estudian las actividades del psicólogo de la salud en sus trabajos de asistencia y promoción de la salud, defendiendo la importancia de implementación del nuevo modelo de atención a la salud con énfasis en la interdisciplinaridad y en la intersectorialidad. Se discute la propuesta de acciones integradas relacionadas con la salud y su promoción en Latinoamérica, así como propuestas para la implementación de las actividades del psicólogo de la salud en los campos de la promoción, asistencia, enseñanza e investigación para el nuevo milenio.

**PALABRAS CLAVE.** Psicología de la Salud. Promoción de la Salud. Latinoamérica.

<sup>1</sup> Correspondencia: Rua Tabapuã 649 cj. 41. Itaim Bibi, S. Paulo - S.P. Brasil. CEP 04533-012. E-Mail: [riws@terra.com.br](mailto:riws@terra.com.br)

**ABSTRACT.** The present article discusses the relationship between the Latin American Health Psychology proposals and actions versus programs directed at promoting worldwide Health and Human Development. Based on studies developed by the World Health Organization (WHO) and the Panamerican Organization of Health (PAOH) in their Worldwide and Continental Health Promotion Conferences (from Alma-Ata 1979 to Mexico 2000) and on the document entitled “Salud en el Desarrollo Humano: Escenarios y Prioridades para el Nuevo Milenio”/“Health in Human Development: Scenes and Priorities for the New Millenium” (PAOH 1997), the article traces the ties between the Health Psychologist’s activities in his/her efforts to improve the population’s health, defending the importance of implementing the new health model and its different disciplines and sectors. The proposal of common actions involved with health and its promotion in Latin America is discussed, as well as a possible course action for the Health Psychologist to assist, promote, teach, and research health in the new millenium.

**KEYWORDS.** Health Psychology. Health Promotion. Latin-America.

**RESUMO.** O presente artigo apresenta uma reflexão sobre as propostas e ações da Psicologia da Saúde Latino-Americana centradas em programas de promoção da saúde e desenvolvimento humano. Baseando-nos em estudos desenvolvidos a partir de documentos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) nas suas conferências mundiais e continentais da promoção da saúde (desde Alma-Ata em 1979 até ao México em 2000) e no documento “*Salud en el Desarrollo Humano: Escenarios y Prioridades para el Nuevo Milenio*” (Organização Pan-Americana da Saúde, 1977) estudam-se as actividades do psicólogo da saúde nos seus trabalhos de assistência e promoção da saúde, defendendo-se a importância da implementação do novo modelo de atenção à saúde com ênfase na interdisciplinaridade e na intersectorialidade. Discute-se a proposta de ações integradas relacionadas com a saúde e sua promoção na América Latina, assim como propostas para a implementação das actividades do psicólogo da saúde nos campos da promoção, assistência, ensino e investigação para o novo milénio.

**PALABRAS CHAVE.** Psicología da Saúde. Promoção da Saúde. América Latina.

### Introducción

En la actualidad se pasa por un importante proceso de transición respecto a una serie de puntos que refrendan el funcionamiento de la civilización humana, del cual gradualmente se han cuestionado algunos paradigmas seculares e incluso combatidos, indicando claramente que el *zeith geist*<sup>2</sup> pide a la población mundial (trascendiendo, por consiguiente, a sociedades y culturas) un cambio en sus formas de ser e interactuar;

<sup>2</sup> *Zeith Geist* (espíritu del tiempo en alemán). El término es utilizado por los autores del modelo fenomenológico con el propósito de identificar un fenómeno que afecta o influye en su tiempo a personas, pueblos, costumbres, creencias, determinado por los procesos multiactuantes de influencias y cambios dinámicos experimentados por los individuos.

de lo contrario seríamos aniquilados como especie viviente en este planeta. Conceptos como globalización, desarrollo sostenido, preservación ambiental, cambios demográficos, calidad de vida, equidad social entre otros aparecen diariamente en la prensa mundial y, cada vez más, forman parte de las discusiones de las altas cumbres decisorias que se reúnen en todo el mundo, ya sea para discutir de política, economía, salud, medio ambiente, cultura, violencia o cualquier otro tema de impacto mundial. Indudablemente, esta presencia temática constante no aparece por casualidad y refleja lo urgente que es proponer y hacer efectivas acciones que cambien el camino, ya claro, de degradación y caos que amenaza el planeta. La necesidad apremiante de pensar y actuar buscando el mejor de los conocimientos y experiencias para el afrontamiento de tantos problemas trajo gradualmente la idea de crear foros internacionales de estudios transdisciplinarios e intersectoriales para que se pueda de forma integrada entender e intervenir en estos problemas, de modo que se creen nuevos paradigmas que ayuden a este mundo, tan pluralista, no solamente a sobrevivir con justicia y respeto a la autonomía de los individuos, sino también teniendo en cuenta el bienestar colectivo. No es una tarea fácil y tampoco objetivo de una sola generación. Se inician estos esfuerzos, de cierta forma aún, evocando modelos cartesianos, incluyéndose los que tratan de los problemas por macroáreas de ocurrencia. Así, se discuten temas de salud, medio ambiente, políticas públicas, economía nacional e internacional en foros específicos. Sin embargo, cada vez más estas discusiones desembocan en un punto en común que de una forma simplista se podría definir como “todo tiene que ver con todo”. La población mundial está efectivamente imbricada en un proceso de multi-influenciación, interdependencia y multicausalidad, fenómeno que se ha constatado y que, por la conciencia que se le impone, lleva a un gran esfuerzo para encontrar nuevos puntos comunes en sus pluralidades y hacer esfuerzos para la creación de acciones efectivas para los cambios que se le imponen.

En el campo de la salud, la indiscutible relación entre educación, medio ambiente, salud y calidad de vida desafía al antiguo modelo estructurado sobre el saber biomédico, fuertemente influenciado por el pensamiento positivista-cartesiano a romper sus paradigmas (Pelicioni, 1999). Bajo ese prisma, Westphal (2001) señala que el envejecimiento, el embarazo precoz, el alcoholismo, el uso de drogas, las enfermedades de transmisión sexual, las causas externas de mortalidad como violencia y accidentes, cuestiones étnicas y éticas, factores y condiciones de riesgo de salud, tales como obesidad y desnutrición, polución del aire, polución sonora, polución de los aguas, ocupación y uso desordenado del suelo, control de vectores, condiciones inadecuadas de destino de los excrementos humanos, empleo y renta, vivienda, actividad física, comportamientos y hábitos son algunos de los temas emergentes respecto a los cuales se han producido y divulgado muchos conocimientos nuevos. Esta tendencia está muy clara en la evolución de las discusiones sobre salud y bienestar que se desataron a partir de la célebre reunión de Alma-Ata en 1979 y vienen fortaleciéndose y ampliándose en cada nueva Conferencia Mundial de Salud. No obstante, si bien se pueden considerar esas lecturas y propuestas como un avance significativo, aún sigue existiendo un gran abismo entre lo que se piensa y se propone en una dimensión macro y los efectivos obstáculos que se les imponen en el día a día de la atención y educación de la población, puesto que estos siguen siendo prácticamente los mismos que se ha observado hace décadas.

Se está convocando a cada uno de los involucrados en este reto, dentro de sus especialidades y conocimientos, para proponer ideas y acciones que efectivamente rompan esta inercia secular y, dentro de sus microinserciones en los distintos grupos y segmentos de la sociedad donde actúa, crear posibilidades de transformación que parecen tener que partir de lo individual hacia lo colectivo y luego volver hacia aquél. En este sentido, el campo de la Psicología de la Salud identificado claramente con las propuestas planteadas en las diversas Conferencias Mundiales de Salud ha sido llamado a grandes contribuciones. La Tabla 1 recoge las principales líneas propuestas en las diversas conferencias; por su parte, la Tabla 2 indica los principales tópicos en la promoción de la salud propuestos a partir de las diferentes conferencias.

**TABLA 1.** Principales líneas propuestas en las diversas conferencias mundiales de la salud.

- Alma Ata (1979). Salud es el bienestar biopsicosocial total del individuo y no solamente ausencia de enfermedad.
- Ottawa (1986). La promoción de la salud es el proceso de capacitación de la comunidad para actuar en la mejora de su calidad de vida y salud, incluyéndose una participación mayor en el control de este proceso. Para alcanzar un estado de completo bienestar físico, mental y social los individuos y grupos deben saber identificar aspiraciones, satisfacer necesidades..., además de controlar los factores determinantes de su salud hacia la equidad.
- Adelaida (1988). Promoción de políticas públicas saludables, creación de ambientes de apoyo, desarrollo de habilidades personales, fortalecimiento de la acción comunitaria y reorientación de servicios de salud como puntos de reafirmación de la justicia social y equidad en la promoción de la salud.
- Sundswal (1991). El ambiente y la ecología son elementos importantes para promover la salud, así como también las dimensiones económica, política y cultural a que está sometida una población. Debemos estar comprometidos con el desarrollo sostenido y la equidad.
- Yakarta (1997). Salud es un derecho humano fundamental y esencial para el desarrollo social y económico. La educación, el derecho a voz de las personas y comunidades son esenciales para la promoción de la salud.
- México, D.F. (2000). Lucha por más equidad, mejoras sociales y económicas para un avance mayor de la condición de salud, comportamiento socialmente responsable en todos los ámbitos. Ampliación de la capacidad de las comunidades para capacitarlas en la promoción de la salud. Infraestructura adecuada para promover salud, incluyéndose la promoción de salud en los currículos de diversos niveles, de forma que garantice la planificación y alianzas multisectoriales. Preparar recursos humanos para que actúen de acuerdo con este nuevo enfoque.

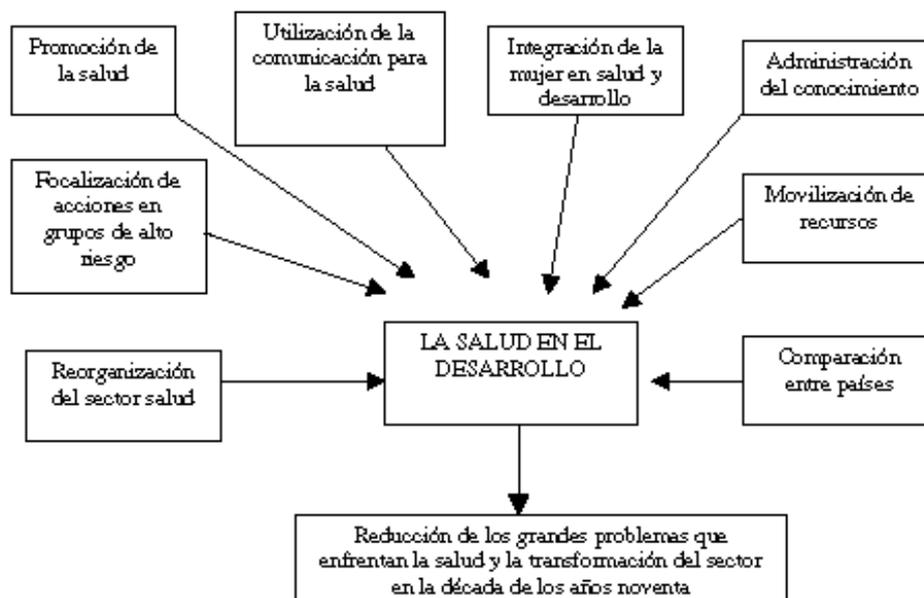
**TABLA 2.** Síntesis de los principales tópicos a desarrollar en la promoción de la salud propuestos a partir de las conferencias.

- Desarrollar habilidades personales.
- Estimular el diálogo entre “saberes” distintos.
- Crear condiciones para que tome conciencia y se capacite para reconocer y expresar las necesidades de salud.
- Crear condiciones para que las personas puedan analizar de forma crítica su realidad e identificar factores determinantes de sus condiciones de salud.
- Crear oportunidades para que las personas conquisten la autonomía necesaria para la toma de decisiones que afectan a sus vidas.
- Estimular la participación en los procesos que interfieren y modifican los determinantes de salud.
- Capacitar a las personas para que conquisten el control sobre su salud y condición de vida.
- Proveer instrumentos y constituir conocimientos para el cambio.
- Proveer instrumentos en la búsqueda de alternativas para la solución de problemas y transformación de la vida cotidiana.
- Intensificar los apoyos sociales y reforzar la acción comunitaria.
- Estimular y movilizar a la población para asumir su compromiso social y a los gestores para el desarrollo de la voluntad política, redefiniendo papeles y responsabilidades.
- Buscar el perfeccionamiento de los profesionales de salud con el fin de rediseñar los servicios de salud.
- Controlar y mejorar las condiciones de salud y calidad de vida en el ámbito colectivo/comunitario.

La Declaración de México firmada por todos los ministros de la salud presentes en la Conferencia del año 2000 reafirma que la Promoción de la Salud y del Desarrollo es deber y responsabilidad central de los gobiernos y que todos los sectores de la sociedad deben compartirla. A ello habría que añadir las orientaciones estratégicas para la salud y el desarrollo humano de la Organización Panamericana de Salud (1997) que define el desarrollo de la salud como una orientación estratégica globalizada donde se expresa la confluencia de nueve orientaciones estratégicas (véase Figura 1), en una dirección común, bajo el gran marco englobador de la primera de ellas: la salud en el desarrollo. Además, es importante observar la aprobación de orientaciones estratégicas como la integración de la mujer en la salud y el desarrollo, la administración de conocimiento, la promoción de la salud y la utilización de la comunicación social en salud, entre otras; en sus contenidos, se comprueba la importancia que se les asigna en la difícil tarea de construir un desarrollo más equitativo y sostenido. Por su parte, la

equidad abarca una parte intrínseca del concepto de desarrollo humano sostenible. La XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana destacó que “la salud en el desarrollo implica necesariamente reducir las desigualdades sociales ante la salud, reducir el impacto de la crisis entre los más desvalidos, conformar programas integrales de bienestar social y mejoramiento de las condiciones de vida y de salud de las grandes mayorías, especialmente de los grupos sociales más desposeídos, y transformar los sistemas de salud sobre la base y de un mayor énfasis en las acciones poblacionales de promoción de la salud y prevención y control de daños y riesgos, así como de una mayor participación ciudadana organizada” (Organización Panamericana de Salud, 1997, p. 3).

**FIGURA 1.** Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas en el período 1991-1994 para la Organización Panamericana de la Salud (1997).



Todos los puntos señalados hasta ahora tienen íntima relación con el ámbito de las actividades y funciones fundamentales del psicólogo de la salud. En una recopilación de las principales definiciones que caracterizan a esta especialidad podríamos destacar las siguientes. Grau (1997) señala que la Psicología de la Salud es la especialidad de Psicología que interviene en todas las cuestiones que involucran a las interacciones salud-enfermedad. Buela-Casal (1999) afirma que el psicólogo de la salud es un profesional que puede trabajar en ámbitos tan diversos como el tratamiento psicológico de trastornos orgánicos, en colaboración con tratamientos médicos para diversos trastornos, incluso en la planificación y adherencia al tratamiento, programas de prevención de trastornos orgánicos y psicológicos y, por consecuencia, en la promoción de conduc-

tas saludables. Por su parte Bock y Aguiar (1995) indican que el psicólogo es un profesional que debe trabajar en la promoción de la salud, superando la práctica de prevención. La *American Psychological Association (APA)* destaca como atribuciones del Psicólogo de la Salud las siguientes:

1. La identificación precoz de personas en situación de riesgo, definido en términos psicológicos, comportamentales y socioculturales.
2. El desarrollo de programas efectivos de promoción de conductas saludables, considerando particularmente las cuestiones ambientales a las cuales normalmente se somete al individuo.
3. La investigación, la comprensión y la intervención en factores que permitan una buena calidad de vida en personas portadoras de enfermedades crónicas.
4. La necesidad de realizar estudios e intervenciones en el campo comunitario y de la salud pública.
5. La necesidad urgente de enfocar los problemas de salud desde una perspectiva global.

Por lo tanto, es innegable la aportación que el psicólogo como profesional y la Psicología como ciencia tienen que ofrecer a las cuestiones cotidianas que involucran a individuos, comunidades y sociedades en la búsqueda del tan deseado bienestar biopsicosocial. Sin embargo, desafortunadamente en el campo real de las actividades de atención a la salud de la población la aplicación de estas ideas no es lo que se observa. Partiendo de que la formación del psicólogo todavía se fundamenta a veces en un modelo fuertemente medicalizado e intimista, la formación de los jóvenes que ingresan en las facultades está dirigida muchas veces hacia su actuación dentro de un modelo ya desgastado en el que no se consideran las cuestiones sanitarias, la visión colectiva de salud y las herramientas de prevención e intervención colectiva, creando una armadura de informaciones que califica muy poco a ese profesional para actuar en el campo de la Psicología de la Salud. Paradójicamente, las demandas sociosanitarias han aumentado exactamente en la solicitud de la participación de ese profesional dentro de esta área más grande de atención a la salud, extralimitándose de lo que se llamaba antiguamente "salud mental". Ello acaba por generar un problema muy serio, que es la ocupación de puestos por profesionales mal preparados que acaban por proporcionar un servicio de atención muy precario, a pesar de la buena voluntad de muchos de ellos, y crear estigmas sobre la actuación y la función del profesional psicólogo extremadamente negativos ante la población y ante otros profesionales de salud que trabajan con ellos. Se vienen realizando esfuerzos con el fin de invertir esta situación. Desde los años noventa el Consejo Federal de Psicología y varios Consejos Regionales de Psicología en Brasil han realizado grandes inversiones en el desarrollo de acciones sociales, intentando crear un puente entre la demanda real de la sociedad y las actividades que el psicólogo viene ejerciendo. Estas iniciativas tuvieron una significación relevante a finales del año 2000 con la organización de la Primera Muestra Nacional de Prácticas en Psicología sobre el tema "Psicología y Compromiso Social", en donde se presentaron más de 1500 trabajos de psicólogos brasileños, demostrando claramente el anhelo de este profesional en la implicación en estas demandas.

Las cuestiones metodológicas, así como la falta de visión clara de las entidades formadoras de estos profesionales, todavía crean obstáculos fuertes en la resolución de la laguna existente entre el pensar y el hacer. Así, tal como ocurre en otras ciencias, también en la Psicología, y a lo mejor de una forma más vehemente, se observa un enorme abismo entre la teoría y la práctica. Tal como señala Grau (1997), el amplio espectro de situaciones problemáticas en salud que el psicólogo debe enfrentar para responder a las demandas existentes lo obligan a hacer uso de los recursos teórico-metodológicos disponibles, así como implementar intervenciones que no siempre son posibles conjugar con un encuadre teórico de la Psicología. Esto ha generado dificultades para establecer la correspondencia entre ambos niveles de abordaje, creando una falsa ruptura, casi mítica, entre los psicólogos prácticos que tienen que resolver problemas concretos en instituciones de salud con cierto, y muchas veces hiper criticado, eclecticismo y los que trabajan en instituciones académicas. El asunto se agudiza cuando los proyectos de trabajo en instituciones de salud tienen lugar a partir de Universidades y otras instituciones de enseñanza, como frecuentemente sucede en los países latinoamericanos (Grau, 1997). La discusión sobre esta situación es todavía incipiente en el medio académico y carece de profundos cambios en el programa curricular para que los nuevos psicólogos que ingresan en el mercado laboral puedan efectivamente satisfacer la demanda que se les impone.

De forma paralela a la cuestión de la formación, se encuentra el reto del reciclaje de aquellos psicólogos en ejercicio, que no se restringe solamente a cuestiones de naturaleza técnica sino también conceptual, pues es significativo el número de psicólogos que actúan en hospitales, centros de salud, unidades básicas de salud, clínicas, etc. que siguen insensibles a las necesidades de la población asistida en esas instituciones e insisten en imponer el antiguo modelo médico, que no sólo es insuficiente para la demanda, sino que implica importantes vicios metodológicos heredados de la tentativa de aproximar el saber biopsicosocial (propio de la Psicología) al saber biomédico, creando un fantasmagórico híbrido muy mal absorbido por los usuarios de esas unidades y también por el resto de profesionales de salud que actúan allí.

¿Cuáles serían entonces los caminos a seguir para eliminar estos obstáculos?, ¿cuáles son (del macro al micro) las demandas sociosanitarias reales que presenta la población?, ¿cuál es el rol del psicólogo de la salud en estas demandas?, ¿cómo podemos movernos de lo individual, que es la vocación original del Psicólogo, hacia lo colectivo de forma estructurada y metodológicamente adecuada?, ¿qué responsabilidades tienen las instituciones formadoras, científicas y representativas de la categoría en cuanto a estas cuestiones? Para iniciar las reflexiones sobre estas preguntas es importante revisar los estudios realizados en el ámbito Latinoamericano, a través de la Organización Panamericana de Salud y con la colaboración de otros científicos del área, que proyectan el cuadro macro regional en salud esperado para el siglo XXI y, dentro de éste, se encaminan por diversos campos afines a la práctica en salud que comentaremos en los siguientes apartados.

### **En cuanto al campo de la asistencia a la salud de la población**

#### *Grupo de edad de 0 a 23 años*

La atención a la población de 0 a 23 años debe considerar el alto índice de morbilidad y mortalidad que asola a individuos de este rango de edad. Según un reciente informe de la Organización Mundial de la Salud veinte millones de personas se mueren prematuramente al año en todo el mundo y el 55% son menores de 5 años; cada año más de once millones de niños se mueren antes de llegar a los cinco años; el 70% de esas muertes son causadas por cinco enfermedades comunes, factibles de prevención o de fácil tratamiento, como son neumonía, diarrea, desnutrición, malaria y sarampión. Durante el presente siglo se seguirá prestando atención a la salud materno-infantil, haciendo énfasis en los trabajos de orientación y planificación familiar, principalmente en los países en desarrollo. En Brasil el incremento del número de adolescentes que se quedan embarazadas es preocupante; a partir de la década de los años noventa se ha constatado que aproximadamente el 30% de la población femenina con edad entre 15 y 24 años ya tiene por lo menos un hijo, produciéndose una tendencia hacia rangos de edad más bajos (entre 14 y 17 años). Con respecto a estos números, la Federación de las Asociaciones de Ginecología y Obstetricia divulgó que en el año 2000 cerca del 30% de los partos realizados en la red pública por medio del Sistema Único de Salud fueron de mujeres con edad entre 13 y 17 años. Igualmente, hubo un significativo aumento de la contaminación por el virus del SIDA en población adolescente. Así, Montesinos (1999) señala que el abuso, la violencia y la negligencia continuarán constituyendo áreas importantes de trabajo en relación a ese grupo de edad, donde destacamos el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, la drogadicción y el embarazo precoz como los problemas más graves, en los que factores comportamentales tienen una importante influencia en la instalación y cronificación de esos problemas. En Brasil cuatro millones de familias con niños de hasta 6 años de edad viven con menos de medio salario mínimo *per cápita* (31 dólares); esto representa un tercio del universo de familias con niños en esa edad en el país.

Por tanto, la salud de la población más joven se encuentra muy amenazada, por una parte por las condiciones socio-sanitarias y acceso precario a la educación y, por otra, por la exposición a la violencia urbana y doméstica, sufriendo problemas de los más diferentes tipos, tales como enfermedades de transmisión sexual, embarazo precoz, drogadicción, entre otros, generados principalmente por la intensificación de la migración hacia los grandes centros urbanos, por la degradación ambiental y por los consecuentes perjuicios que ésta causa a la calidad de vida y desarrollo de esos jóvenes. Considerándose que los mecanismos de afrontamiento psicosociales del niño y del joven son en muchos casos limitados, ya por el hecho de que todavía están en fase de estructuración, ya por la baja condición de las estructuras de sostén ofrecidas por la sociedad (pobreza, falta de acceso a la educación, alto índice de fracaso escolar, malnutrición, promiscuidad social caracterizada sobre todo por las condiciones de vivienda, ambiente y estructuras sociales relacionadas con el ocio) se observa la creación, ampliación y mantenimiento de un escenario extremadamente nocivo para el desarrollo global estructurado de ese rango de la población. Estas cuestiones afectan a la conduc-

ta, autoestima, estructuración de valores, desarrollo de autonomía, capacidad crítica, acabando por experimentar condiciones de extrema precariedad para su desarrollo, lo que significa en última instancia que los futuros adultos (aquellos que sobrevivan) se presentarán con un precario repertorio biopsicosocial de recursos para afrontar las vicisitudes de la vida y todos los condicionantes de agravio de su salud global, retroalimentando así este cuadro que ahora se presenta, agravándolo cada vez más. Por tanto, la colaboración de la Psicología de la Salud en estos problemas está íntimamente vinculada a las acciones destinadas a la educación de la salud, articulando programas de fomento de la autoestima, impulsando comportamientos saludables y formando competencias para el desarrollo de la capacidad de lectura crítica sobre su vida y sobre el mundo, de la toma de decisiones, del desarrollo de la autonomía y la ciudadanía. Todo esto se debe realizar en distintos contextos: en escuelas, centros de salud, núcleos comunitarios, entre otros, en donde la participación conjunta entre los agentes de promoción de la salud y las comunidades pueda producirse. En esta línea, es interesante destacar algunos puntos recogidos en la Carta del Caribe para la Promoción de la Salud de 1999. En este documento se señala que el bienestar de los pueblos del Caribe dependerá de las acciones realizadas por las personas y comunidades, con el objeto de modificar los factores esenciales ecológicos y de comportamiento y propiciar sistemas eficientes con respecto a la salud. Las estrategias que garantizarán la comprensión, planificación y ejecución de la promoción de la salud abarcarían la formación de normas públicas saludables, la reorientación de los servicios de salud, la creación de ambientes saludables, el fortalecimiento y desarrollo de las capacidades personales relacionadas con la salud y la construcción de alianzas basadas en los medios de comunicación. En cuanto a la reorientación de los servicios de salud, el informe dice que la ejecución de las estrategias de promoción de la salud exige nada menos que la orientación del sistema de salud para que responda mejor a las necesidades sanitarias de comunidades e individuos. Los sistemas sanitarios que adopten la promoción de la salud deberán involucrar a los miembros de la comunidad para su desarrollo y garantizar que las decisiones sobre la prestación de servicios tengan su base en procesos reales de participación y consulta nacionales y locales. La equidad será la base de estos sistemas. Definir recursos y establecer programas es fundamental para garantizar que la promoción de la salud asuma la posición prioritaria que le compete. Estos sistemas estarán abiertos a la provisión de servicios no tradicionales y a la realización de investigaciones adecuadas en el campo de la salud y aceptarán como líder cualquiera de los miembros del equipo de salud.

Los programas dirigidos a la salud del niño y del adolescente tienen necesariamente la obligación de respetar esas propuestas, pues en su base yace el modelo de respeto a la equidad, al derecho individual y colectivo y a la participación activa de la persona como agente transformador, tanto de su vida como de su microcosmos social. Estos modelos tienden a influenciar niños y jóvenes de forma muy benéfica, contribuyendo a que se establezca un rumbo positivo para su formación personal y se estructuren sus principios y valores, volviéndose decisivos en la formación de una generación mucho más adecuada y saludable para la convivencia con el entorno.

*Grupo de edad de 24 a 64 años*

En el grupo de edad de 24 a 64 años es necesario considerar el incremento de las enfermedades crónico-degenerativas y el avance del SIDA. Es importante destacar que en los países en desarrollo se espera que estas patologías aumenten y que las enfermedades vinculadas al subdesarrollo se mantengan, como es el caso de la malaria, la tuberculosis, las enfermedades parasitarias y otros agravios a la salud asociados a la malnutrición y las precarias condiciones sanitarias. La Organización Mundial de la Salud viene defendiendo un modelo de salud en el que la visión biopsicosocial del individuo es resaltada, pero hay que considerar que todavía se siguen utilizando indicadores tradicionales de expectativa de vida, asociados con los índices de mortalidad y morbilidad. En estos términos un gran aporte de la Psicología de la Salud, en estos términos, podría ser la definición de conceptos tales como expectativa de salud, salud positiva o calidad de vida (Montesinos, 1999; Sebastiani, 2000a, 2000b). Considerando que este grupo de la población representa, dentro de las escalas de valores de nuestra sociedad, la mayor inserción en el espectro de la relación "productividad/consumo", es imprescindible pensar que todas las situaciones de agravio a la salud de este grupo representan, incluido el punto de vista económico, un serio problema. Sin embargo, ese rango es el que está menos expuesto a riesgos si lo comparamos con otros y el más refractario a cambios, con el agravante de que tiene en muchos sentidos responsabilidad directa por la salud de los que lo anteceden y preceden, ya por la relación directa de cuidados, ya por el hecho de que es el rango que tiene más poder de decisión e intervención social, económica y política para los cambios necesarios. Un ejemplo significativo de estas constataciones lo muestran los indicadores sociales del Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística del año 2001, que presentan un dato relativo a la escolaridad de la madre y la mortalidad infantil, en que se constató que el índice de mortalidad infantil de niños cuyas madres tienen cuatro años o menos de escolaridad es de 124,7 por mil, es decir, seis veces más alto que aquél presentado por niños cuyas madres tienen ocho años o más de estudio.

En cuanto a los cambios de perfil epidemiológico que ahora se presentan, el avance de las enfermedades crónico-degenerativas ya es una realidad, puesto que hay un número creciente de mujeres que sufren de enfermedades cardíacas, antes predominantemente masculinas. Asimismo, el incremento de casos de diabetes en los últimos 15 años fue considerable, alcanzando el 50%. Ambos están asociados al estilo de vida, al estrés, a los cambios ambientales, entre otros factores que han marcado de forma definitiva este cambio de perfil, exigiendo que las políticas de salud, sobre todo aquellas destinadas a la promoción y educación en salud, sean más incisivas para que tengan comportamientos más saludables al sensibilizar a los individuos para que sean efectivamente agentes de su salud y al movilizar a la sociedad, particularmente en relación a ese segmento poblacional, para que asuma un papel más determinante ante los procesos sociales de atención a su salud.

Los aportes de la Psicología de la Salud respecto a esta cuestión están fuertemente asociados a la mejora de la calidad de vida, a los cambios de valores y comportamientos y a la formación hacia la ciudadanía en que la importancia y responsabilidad de inserción del adulto productivo en los movimientos vinculados a la promoción de salud

se muestran como condición imprescindible para la real implementación de las propuestas presentadas en las conferencias mundiales de promoción de la salud.

#### *Grupo de edad de más de 65 años*

La Organización Mundial de la Salud estima que en el año 2025 existirán ochocientos millones de personas en el mundo con más de 65 años. En estas proyecciones se considera que Brasil será uno de los cinco países del mundo con el más alto número de habitantes con más de 65 años; estadísticas recientes indican que tenemos cerca de 14.000.000 habitantes con más de 60 años, lo que representa un crecimiento de más del 100% en tres décadas. Este cambio demográfico presenta enormes desafíos para la Psicología de la Salud. En las próximas décadas será necesario establecer programas efectivos y eficientes para la prevención y retardo de las enfermedades que afectan a este grupo. La evolución de los trabajos de atención a la salud que repercuten directamente en la disminución de enfermedades infecciosas y en el incremento de la expectativa de vida trae a la superficie otra cuestión importante. Cada vez más, la muerte será consecuencia de enfermedades crónicas o degenerativas. Esta perspectiva intensifica la necesidad de que se realicen trabajos vinculados al control del dolor, disminución del miedo y de la ansiedad ante la muerte y, principalmente, a la reflexión sobre los conceptos de «muerte ignominiosa y degradante» y de «muerte digna». En esta línea, el incremento de los trabajos sobre cuidados paliativos ya es una realidad en Brasil y, dentro de este espacio de actuación, el psicólogo de la salud brasileño ya busca su inserción (Alberto, 1998; Montesinos, 1999; Sebastiani, 1997). A partir de una reciente investigación nacional llevada a cabo por el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística<sup>3</sup> se puede concluir que cuanto más población urbana hay en el país más grande es el número de mujeres, pues la alta exposición a violencia y muerte de los hombres con más de 15 años es un fenómeno típicamente urbano (Bercovich, 2000) y que el crecimiento de la población por encima de 60 años (del 4% en 1970 al 8,3% en el 2000) ratifica los datos de la Organización Mundial de la Salud, y de Montesinos (1999) y Sebastiani (2000a, 2000b), respecto al envejecimiento del país, observándose que la fecundidad es menor que en 1970 (5,8%), lo que deja muy claro el cambio demográfico que Brasil, así como muchos países del mundo, experimenta en la actualidad.

#### **En cuanto al campo de la enseñanza y formación de recursos humanos**

El perfeccionamiento de los psicólogos para la actuación en el área de la Educación para la Salud se muestra como uno de los puntos prioritarios en los cambios que se implementarán en el campo de la formación profesional. Como se destacó anteriormente, todavía existen deficiencias de formación en el pregrado y postgrado. La mayoría de los cursos de postgrado, maestría y doctorado en Psicología de la Salud en Brasil

<sup>3</sup> Esta investigación se realizó en el año 2000, entrevistando a 158.649.736 personas, lo que corresponde al 95,25% de los habitantes de Brasil.

se ubican en los grandes centros de producción científica del país, particularmente en las regiones del sureste y sur, con necesidad de más incentivos (como ya ocurre) para las regiones del norte y nordeste, en donde los problemas de salud son más graves a causa de la existencia de grandes bolsas de pobreza. A los cursos de pregrado les faltan asignaturas básicas relacionadas con la promoción y educación de la salud que traten, no sólo cuestiones epidemiológicas, sino también cuestiones sociales y de educación. Es fundamental que haya un cambio curricular que enfatice la salud colectiva de la población y fortalezca la formación del psicólogo dentro de una visión transdisciplinaria. Contini (2000) señala que la producción de la Psicología, incluso por fuerza de su constitución como Ciencia, se restringe a desvanecer los fenómenos psicológicos, produciendo conocimientos y teorías psicológicas, pero que en las intervenciones en situación real, estos mismos fenómenos psicológicos están interactuando con otras variantes que son analizadas por otras áreas del conocimiento o por equipos interdisciplinarios. De esta forma, es fundamental adquirir aprendizajes que puedan proporcionar herramientas al alumno para que desarrolle acciones conjuntas con otros profesionales. Como afirman Bastos y Acharta (citado en Contini, 2000) la naturaleza compleja de los fenómenos que demandan la intervención del psicólogo en los diversos dominios, aliada a las concepciones emergentes que intentan ver el fenómeno psicológico en sus interacciones, lleva a la necesidad de integración de múltiples perspectivas profesionales. Así, el trabajo con otros profesionales se convierte en una exigencia para que el afrontamiento del problema sea coherente con las múltiples facetas que él asume. Existe un inmenso campo susceptible de ser explorado por el psicólogo con su trabajo dentro del equipo multiprofesional en los programas de educación para la salud, destinados a la capacitación y el perfeccionamiento de los profesionales de salud, pues entre sus distintas habilidades como psicólogo, la capacitación para la labor con grupos trae herramientas para el trabajo relacionadas con los cambios de comportamiento, además del conocimiento más detallado sobre personalidad, autoestima y desarrollo humano, entre otros. Todos son aportes importantes de acuerdo con las propuestas de "suma transdisciplinaria" para acciones en salud. Afirma Westphal (2001, p.2): "Como la adopción de un nuevo paradigma (de salud) orienta hacia el desarrollo de nuevas competencias teórico-prácticas y su difusión, se fue cambiando el perfil de las actividades de enseñanza de actualización, pregrado y postgrado para que el profesional de salud fuera preparado para ejecutar tareas tradicionales, de carácter técnico, a la vez que pudiera percibir qué es trabajar en Salud Pública hoy. El gran reto de la nueva práctica, la intersectorialidad y la interdisciplinaridad, requiere profesionales capaces de mantener diálogo técnico y lego con los más variados sectores. Maestros y alumnos se deben capacitar para desempeñar esta actividad y aun otras, antes no necesarias, como la actuación política ante grupos poblacionales, institucionales y órganos de administración pública". Esta nueva realidad está vinculada no sólo a la cuestión de la enseñanza y la formación, sino a las demás cuestiones discutidas a continuación en cuanto a la investigación, la bioética y las políticas de salud.

### **En cuanto a la investigación**

Existe consenso entre los psicólogos de la salud latinoamericanos en que la necesidad de incremento en investigaciones y el fomento de estudios para desarrollar metodologías más uniformes están volviéndose cada vez más imperiosas para el perfeccionamiento de la especialidad. Su déficit aun implica una creciente distorsión de los trabajos de naturaleza práctica, fomentando acciones focales de emergencia y manteniendo el alejamiento entre la academia y los profesionales que están enfrentándose a las inmensas demandas relacionadas con los problemas de salud de la población. El campo de la investigación conjunta dentro del área de salud, reforzando el ámbito transdisciplinario e intersectorial, que cada vez más abarca el nuevo paradigma de la salud, debe ser valorado, lo que significa que el psicólogo de la salud debe intentar su inserción en aquellos proyectos que consideren esta nueva propuesta, trayendo así dos contribuciones importantes: reafirmar la vocación transdisciplinaria que tiene la especialidad y que la Psicología esté presente con sus aportaciones en el lugar donde nace este nuevo orden en atención y promoción de la salud, de modo diferente a lo que viene ocurriendo con las prácticas actuales en que este profesional cuando logra su inserción en los espacios (sobre todo hospitalarios) encuentra grandes dificultades de convivencia e intercambio profesional dada la fuerte influencia del modelo biomédico todavía vigente en las instituciones de salud. Hay que señalar también el hecho de que este profesional tiene mucho más afinidad con las investigaciones cualitativas y cuantitativas que se muestran mucho más adecuadas a la atención de demandas sociosanitarias vigentes.

### **En cuanto al campo de la bioética**

La evolución tecnológica *versus* los conflictos socioculturales y filosóficos viene abriendo verdaderos territorios de conflicto en el campo de la salud. La humanidad no ha logrado procesar de forma coherente y armónica los avances de la ciencia, que traen indiscutiblemente innegables beneficios a la población, pero también han generado enormes conflictos sin precedentes históricos en el campo de las cuestiones relacionadas con la ética humana y la vida. La participación efectiva de la Psicología en estos foros de discusión es una demanda que se está haciendo a los psicólogos de la salud. Basándonos en los principales supuestos y reflexiones sobre bioética (buscar en las acciones de y para salud el respeto a la autonomía del individuo, la preocupación con la beneficencia y no maleficencia de aquella acción al individuo y/o colectividad, y la justicia dentro de las prácticas en salud), se encuentran enormes desafíos; estos comienzan en las relaciones entre profesional de la salud y paciente, se desdoblan en las interacciones con la familia y la colectividad, y desembocan en las relaciones usuarios-institución de salud, en donde surgen diariamente cuestiones relacionadas con la bioética. A su vez, en el campo de las investigaciones, otros tantos dilemas han marcado el trabajo cotidiano de muchos técnicos, incluyendo a los administradores en salud que se ven permanentemente desafiados a adecuar la asignación de recursos donde los conflictos entre atención de demandas y escasez de recursos materiales y humanos, la obli-

gatoriedad de sobrevivencia económica de la institución y presiones que vienen desde diversos frentes (población, mantenedores, profesionales de salud y convenios, entre otros) establecen un proceso incesante de desgastes y acometidos en la búsqueda de equidad y de la aplicación excelente de los principios bioéticos y de productividad. Este campo de conflictos parece haber caminado de forma muy consistente cuando se discuten micro cuestiones relacionales en una dimensión idiográfica (de individuo para individuo, observando cada persona en cada situación como ente singular). No obstante, cuando estas mismas cuestiones entran en el campo de la salud colectiva, hay la necesidad de una lectura nomotética (abarcando el humano como grupo(s), siendo el colectivo la prioridad); la pluralidad característica de nuestra sociedad se interpone en las cuestiones de la singularidad y del ejercicio pleno de la autonomía individual, generando así innumerables dilemas que apenas comienzan a esclarecerse. Por lo tanto, este foro de discusiones también lleva la marca de la transdisciplinaridad y intercausalidad, exigiendo la suma de esfuerzos de los expertos de todos los campos en la búsqueda de propuestas que establezcan un puente equilibrado entre equidad y el respeto a la autonomía, entre el derecho individual y colectivo, en fin, entre el humano en la dimensión de ser-en-sí y su interconexión de ser-en-el-mundo.

#### **En cuanto a las políticas de salud**

La identidad del psicólogo siempre estuvo muy vinculada a las relaciones más intimistas con énfasis sobre el individuo y solamente a partir de él hacia el mundo. Esta realidad todavía sigue siendo muy destacable en Brasil y otros países de Latinoamérica, y contribuye a que los psicólogos de la salud se mantengan alejados de los procesos de decisiones sobre los rumbos de las políticas de salud planteadas por los gobiernos. En este aspecto, hay un gran reto referido a una inserción más efectiva y articulada ante los órganos responsables por establecer esas políticas, llevándoles el aporte humanizante que la Psicología de la Salud seguramente les puede dar. El desempeño puro y simple del papel técnico parece que no es más suficiente dentro del nuevo paradigma de salud, donde la actuación política ante los grupos poblacionales, instituciones y órganos de administración pública pasa a constituirse en exigencia fundamental para la buena práctica en salud. Es suficiente repasar las propuestas mencionadas anteriormente de las Conferencias Mundiales de Salud para que se reitere la importancia de las acciones colectivas en una dimensión política y comunitaria, de forma que abarque, en muchos aspectos, cambios de los modelos de las políticas de salud vigentes no solamente en Brasil, sino también en buena parte de los países Latinoamericanos. Bajo este ángulo en particular, la presencia efectiva del psicólogo de la salud se ha mostrado absolutamente incipiente, lo que crea un importante y grave contrapunto a su actividad profesional. Cuando se reanudan los principios fundamentales que orientan los nuevos paradigmas de salud y las propuestas de la propia Psicología de la Salud, se verá que este profesional no ha participado de forma efectiva en los grandes foros de discusiones y decisiones de las políticas de salud. Incluso dentro de su espacio profesional, su inserción política se ha mostrado muy tímida, quedándose bajo la responsabilidad de unos pocos colegas el esfuerzo de discutir y defender las cuestiones relacionadas a la

Psicología como ciencia y profesión en los más distintos ámbitos políticos e institucionales. A lo mejor este campo es uno de los más desafiantes a la inserción del psicólogo de la salud, pues sin una efectiva postura política se corre el riesgo de perder el eslabón más importante de la cadena de acciones y propuestas que hacen factible la labor de esta especialidad en cuanto a las cuestiones de la salud aquí presentadas. Basándonos en las reflexiones expuestas con anterioridad (en el campo de la bioética y de las políticas de salud), se tiene que estar de acuerdo con los planteamientos de Guareschi y Camino (citado en Contini, 2000) que afirman entender que el proyecto de promover salud por medio de la práctica psicológica especialmente a nivel educativo necesita tener en su proceso de construcción dos dimensiones fundamentales como base. Una es la dimensión ética, que está compuesta de solidaridad con el otro, a través de la cual reconocemos al otro como una persona con quien comenzamos un diálogo y que con la convivencia es esencial para nuestra realización humana, y no como simple individuo que está a nuestro lado y con quien establecemos un contacto por el simple motivo de la sobrevivencia, en competición potencial con nosotros, o sea, comprendiendo el ser humano como un ser dialogante en su singularidad y alteridad, cuya subjetividad está compuesta por millones de relaciones que establece durante toda su existencia. De acuerdo con esta visión relacional entre los hombres, lo concreto de la ética determina que no haya alguien privado de los derechos sociales básicos de la vida, de lo contrario se vuelve inocua, abstracta. La otra dimensión es la política del compromiso con la transformación social; estos autores discuten la responsabilidad social de la Psicología y su relación con la construcción de los derechos humanos y consideran posible afirmar que la Psicología participa claramente en los procesos de exclusión/inclusión que se desarrollan en el interior de las sociedades a partir de la manera de definir las diferencias sociales y culturales, diferencias como las de género, raza, normalidad, etc. Lejos de simplificar la Psicología según la visión maniqueísta afirman que es necesario que el avance de las definiciones psicológicas de los diversos grupos sociales no resulte solamente de la acumulación de informaciones sobre esos grupos, sino también de la oposición de visiones que se desarrollan en función de las pertenencias sociales y de las ideologías de los diversos grupos que investigan estos problemas.

### **En cuanto a la globalización**

Algunos foros diferenciados de Iberoamérica, en donde se destacaron las discusiones que tuvieron lugar en el V Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud, celebrado en el año 2000 en Cartagena de Indias, vienen alertando acerca de varias distorsiones que los procesos de globalización pueden estar trayendo. En cuanto al campo de la salud se ha planteado una serie de indicativos que alertan sobre un riesgo potencial de imposición de una hegemonía de los países más desarrollados del hemisferio norte sobre los países en desarrollo. La información en tiempo real, los grandes intercambios, la democratización del conocimiento son, sin ninguna duda, grandes logros que se pueden atribuir en parte a la globalización. Sin embargo, hay que considerar que las variables socioculturales y regionales crean demandas específicas y que, en el caso de los países en desarrollo, éstas se muestran “poco interesantes” a los que tienen el

mayor poder económico. Consecuentemente, los intereses mayores de los países más desarrollados imponen su poder de intervención sobre los mecanismos de la globalización y acaban por intervenir y aun determinar valores, posturas y conductas que no son necesariamente compatibles con las necesidades de los otros países. Ante esto, se corre el riesgo de instalar un proceso de “recolonización”, en el cual, importando modelos y estableciendo prioridades que a lo mejor no sean coherentes con las reales necesidades de las poblaciones latinoamericanas o de cualquier otro país que no pertenezca al primer mundo, se mantendrá retroalimentada toda la estructura generadora de las disparidades e inequidades que aquí se discuten. La Carta de Bogotá se muestra como uno de los documentos oficiales de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de Salud más contundente sobre aquello que se refiere a las reales condiciones de y para la Salud de América Latina, y lleva importantes denuncias para que las escuchen y cuiden todos los individuos y grupos dedicados a las cuestiones de la salud en este subcontinente. Sin duda, este llamamiento se aplica de forma directa a los psicólogos de la salud.

#### *Promoción de la salud en América Latina*

La promoción de la salud en América Latina intenta crear condiciones que garanticen el bienestar general como propósito fundamental del desarrollo, asumiendo la relación mutua entre salud y desarrollo. Esta región, apartada por la inequidad que se agrava a causa de la prolongada crisis económica y los programas de políticas de ajuste macroeconómico, se enfrenta al deterioro de las condiciones de vida de la mayoría de la población, junto con un aumento de riesgos para la salud y una reducción de recursos para afrontarlos. Consecuentemente, el reto de la promoción de la salud en América Latina consiste en transformar esas relaciones, conciliando los intereses económicos y los propósitos sociales de bienestar para todos, así como trabajar por la solidaridad y equidad social, condiciones indispensables para la salud y el desarrollo. Sectores importantes de la población no han logrado satisfacer las necesidades básicas para garantizar condiciones dignas de vida. Esas desigualdades complejas y que causan agonía, tanto de carácter económico, ambiental, social, político y cultural como relativas a la cobertura, acceso y calidad de los servicios de salud, tienen la tendencia de agudizarse a causa de la reducción histórica del gasto social y de las políticas de ajuste. Por lo tanto, es difícil enfrentar y resolver estos problemas con la perspectiva de alcanzar la salud para todos. La situación de inequidad de la salud en los países de América Latina reitera la necesidad de optar por nuevas alternativas en la acción de la salud pública, destinadas a combatir el sufrimiento causado por las enfermedades del retraso y la pobreza, al cual se sobrepone el causado por las enfermedades de la urbanización e industrialización. Toda esta zona presenta una situación epidemiológica caracterizada por la persistencia o resurgimiento de endemias con la malaria, cólera, tuberculosis y desnutrición, por el aumento de problemas como el cáncer y enfermedades cardiovasculares y por el surgimiento de nuevas enfermedades como el SIDA o las resultantes del deterioro ambiental. Ante este panorama la promoción de la salud destaca la importancia de la participación activa de las personas en los cambios de las condiciones sanitarias y en el modo de vivir, ajustado con la creación de una cultura de salud. Así, la

difusión de información y la promoción del conocimiento constituyen valiosos instrumentos para la participación y los cambios de los estilos de vida en las comunidades. En el ámbito político también existen obstáculos que limitan el ejercicio de la democracia y la participación de la ciudadanía en la toma de decisiones. En estas circunstancias, la violencia –en todas sus formas– contribuye al deterioro de los servicios, es causa de numerosos problemas psicosociales y constituye el fundamento en que están inscritos numerosos problemas de la salud pública. Lo que se espera de la equidad es eliminar las diferencias innecesarias, evitables e injustas que restringen las oportunidades de alcanzar el derecho al bienestar. Cada sociedad define su bienestar como una opción particular de vivir con dignidad. El papel que le corresponde a la promoción de la salud para alcanzar este propósito consiste no sólo en identificar los factores que favorecen la inequidad y proponer acciones que disminuyan sus efectos, sino también en actuar como un agente de cambio que conduzca transformaciones radicales en las actitudes y conductas de la población y de sus dirigentes, origen de estas calamidades. En 1997 la Organización Panamericana de Salud reitera estas cuestiones enfatizando los desafíos que la globalización implica. Se demuestra así la continuidad en el pensamiento de la Organización Mundial de la Salud en relación a la concepción del desarrollo como un proceso cuya finalidad es el desarrollo integral y sostenible del ser humano en una dimensión temporal que trasciende a la coyuntura y no hace peligrar la posibilidad de que las generaciones futuras disfruten de sus beneficios. Asimismo, se destaca la reafirmación del compromiso con el desarrollo humano sostenible a través de dos consideraciones fundamentales: la ubicación en el primer plano jerárquico de la orientación estratégica de la salud en el desarrollo humano, aprobada por la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana, y la referencia sobre el aporte que la salud puede brindar al proceso de globalización, entendiendo que los cambios que se le plantean al sector no pueden estar restringidos al contexto de las reformas tradicionales sino que, por el contrario, deben incorporar conceptos sobre cómo se percibe, se valora y se consigue que la salud sea un componente fundamental del desarrollo humano. La Agenda Regional en Salud centra el problema en la necesidad de dar atención prioritaria al capital humano, destacando el papel que en él juega la salud y planteando al mismo tiempo la tarea urgente de documentar y analizar los efectos del crecimiento estancado, de la crisis económica general, de la desigualdad social y de la multiplicación de la pobreza extrema sobre las condiciones de salud de la población, sobre la capacidad social de producción de servicios de salud pública y atención médica y sobre la asignación de recursos públicos y privados para financiar las acciones de salud.

Cuando se hace un balance de los datos relatados, considerando en particular el hecho de haber pasado prácticamente una década desde la Carta de Bogotá desafortunadamente se constata un cuadro que ha cambiado muy poco. En estos diez años los países latinoamericanos continuaron siendo castigados por crisis políticas, económicas e incluso desastres naturales que debilitaron más y más sus frágiles economías y sistemas de sostén social. En una breve retrospectiva es importante recordar que en el año 1992 Cuba sufrió un gran impacto con los cambios ocurridos en el este europeo y pasó a sufrir aun más dificultades debido al embargo impuesto por los Estados Unidos, su crecimiento económico entre los años 1991 y 1996 registró un índice negativo del

– 4,8%, su modelo de salud pública –referencia para todos los países latinoamericanos– sufrió y viene sufriendo mucho con las enormes dificultades económicas a que el país fue (y está) sometido. Brasil, Argentina y México vieron desplomarse sus economías en más de una ocasión a través de indescifrables maniobras del llamado “capital especulativo internacional” y tuvieron que priorizar sus políticas macroeconómicas alineadas con las doctrinas de las instituciones financieras internacionales con un gravísimo perjuicio social. Perú, Paraguay y Bolivia vivieron y todavía viven bajo el fantasma de la enorme inestabilidad política, a causa de lo cual experimentaron periodos prolongados de regímenes de exclusión. Colombia sigue sufriendo las terribles amarguras de una interminable Guerra Civil de 36 años. Venezuela vive constantemente bajo el zumbido persistente de crisis económicas y hace frente a grandes adversidades políticas. Además de ello, México y El Salvador fueron castigados por terribles fenómenos naturales que costaron miles de vidas humanas y resultaron en un serio perjuicio para la reconstrucción de las áreas afectadas. Países menores de América del Sur, como Suriname, han sufrido en las manos de los narcotraficantes. La miseria, la ignorancia y el desprecio en que viven prácticamente el 80% de la población latinoamericana se imponen como la mayor enfermedad, generadora de todas las otras, en una dimensión biopsicosocial. Aún así, los países y poblaciones de este subcontinente son vistos como “mercados emergentes”. Lo poco que se ha logrado crecer, a pesar de todas esas adversidades, ha sido visto como “incómodo” para los países con más desarrollo. Si los países latinoamericanos “consumen” y permanecen en “sus lugares”, todo va bien, pero si se atreven a reivindicar espacios mundiales y derechos son severamente atacados. No hay la más mínima duda de que este mosaico casi surrealista afecta directamente a la salud y a la calidad de vida de las poblaciones latinoamericanas, así como las de todo el mundo “subdesarrollado” o “en desarrollo”.

Al principio de este artículo se presentó un mundo donde, cada vez más, los problemas son planetarios y de profunda inter-influenciabilidad, pero sin olvidarse que cualquier postura hegemónica o cualquier intento de universalizar normas, imposiciones, sanciones están en contra del respeto a la pluralidad y autonomía de las poblaciones. No se puede confundir, en ningún momento, el esfuerzo conjunto que busca la equidad en el mundo actual con la idea de que los más fuertes deban imponerse sobre los más débiles, los más ricos sobre los más pobres, los desarrollados sobre los subdesarrollados, aunque esto pueda parecer (paternalísticamente) una intención beneficiosa. El respeto a la autonomía y autodeterminación de los pueblos y países debe convivir con la necesidad de cooperación y tolerancia. Todos experimentan el mismo momento de transición y, en muchos sentidos, sin modelos de referencia. Sin embargo, hay que tener cuidado con la faceta humana, todavía muy fuerte, de establecer relaciones de dominantes-dominados. Los países “en desarrollo” tienen particularmente la enorme responsabilidad de definir su posición como el fiel de la balanza de la transición y, en este sentido, una porción importante de los países latinoamericanos constituye este bloque mundial. Por lo tanto, tratar las cuestiones globalmente no puede en ningún momento significar la exclusión de identidades regionales, de necesidades específicas y de derechos comunes. La perspectiva de equidad tiene como una de sus primeras suposiciones el respeto al ser humano en su dimensión singular, en su microinserción en el mundo y en la pluralidad que constituye hoy la comunidad del planeta.

### Referencias

- Alberto, E. (1998). A Psicologia da Saúde e o Idoso Hospitalizado. En V.A. Angermi (dir.), *Urgências Psicológicas no Hospital*. Sao Paulo: Pioneira.
- Bercovich, A. (2000). Censo 2000. O País da Virada do Milênio. *Época*, 129, 29.
- Bock, A. y Aguiar, W.M.J. (1995). Por uma Prática Promotora de Saúde em Orientação Vocacional. En A. Bock (dir.), *A Escolha Profissional em Questão*. Sao Paulo: Casa do Psicólogo.
- Buela-Casal, G. (1999). Presentación. *Suma Psicológica*, 6, 143-145.
- Contini, M.L.J. (2000). Discutindo o Conceito de Promoção de Saúde no Trabalho do Psicólogo que Atua em Educação. *Revista Psicologia, Ciência e Profissão*, 2, 46-59.
- Grau, J.A. (1997). Psicología de la Salud: Una Perspectiva Latinoamericana. *Boletín Latinoamericano de Psicología de La Salud*, 1, 6-19.
- Montesinos, L. (1999). Desafíos para la Psicología de la Salud en el Ocaso de Siglo XX. *Suma Psicológica*, 6, 147-159.
- Organización Panamericana de la Salud (1997). *Salud en el Desarrollo Humano: escenarios y prioridades para el nuevo milenio. Propuesta para la discusión de las OEP 1999-2002*. Washington, DC.: OPA.
- Pelicioni, M.C.F. (1999). As Interrelações Entre a Educação, Saúde e Meio Ambiente. *O Biológico*, 61, 1-4.
- Sebastiani, R.W. (1997). A Ética em Psicologia Hospitalar e Ética em Saúde: algumas reflexões sobre nossos desafios para o século XXI. En V.A. Angerami (dir.), *A Ética na Saúde*. Sao Paulo: Pioneira.
- Sebastiani, R.W. (2000a). *Perspectivas da Psicologia da Saúde para o Século XXI*. En Anais do Simpósio Goiano de Psicologia da Saúde. Fórum Interinstitucional de Psicologia da Saúde, Goiânia.
- Sebastiani, R.W. (2000b). Histórico e Evolução da Psicologia da Saúde Numa Perspectiva Latinoamericana. En V.A. Angerami (dir), *Psicologia da Saúde: Um Novo Significado para a Prática Clínica*. São Paulo: Ed. Pioneira.
- Westphal, M.F. (2001). A Nova Saúde Pública. *Jornal da USP*, 545, 2.