

Aporte de la psicología y sociología a la Promoción de la Salud en Chile

The contribution of Psychology and Sociology to Health Promotion in Chile

Alejandra Fuentes García¹

Resumen

El principal objetivo de este artículo es poner de manifiesto la contribución de la psicología y la sociología al desarrollo de la promoción de la salud como medio para analizar qué ocurre actualmente en Chile con los programas que buscan mejorar la salud de la población. La contribución de la psicología y la sociología se articulan tanto en el ámbito teórico como en el ejercicio práctico de la promoción de la salud. La psicología ha aportado conocimientos acerca del cambio conductual individual, mientras que la sociología ha enfatizado la perspectiva de los determinantes sociales y condiciones materiales en las conductas relacionadas con salud. La propuesta de la autora es que la integración de estas perspectivas es esencial para y reducir las desigualdades y conseguir el objetivo de mejorar la salud de la población. La base para la integración de estas perspectivas es comprender que ninguna de las dos miradas por sí misma es capaz de explicar la complejidad humana. Esto implica que la generación tanto de ambientes propicios como otros de empoderamiento individual es esencial para crear conductas saludables. La ley se ha establecido como un poderoso instrumento. Sin embargo, esta no garantiza el cambio individual, por lo cual su implementación debe considerar herramientas que permitan producir y afianzar la modificación conductual.

Palabras clave: Promoción de la salud; Psicología; Sociología

Abstract

The main purpose of this article is to highlight the contribution of psychology and sociology in the development of health promotion, as a way of looking into what happens with programmes aiming at the improvement of population health in Chile. Sociology and psychology approach both the theory and practice of health promotion. Psychology has contributed with knowledge in the field of individual behavior. On the other hand, Sociology has emphasized the perspective of social determinants and material conditions related to health. The author proposes that the integration of these perspectives is essential to reduce inequalities and to achieve the enhancement of population health. The basis for this integration is to understand that neither view point is in itself able to explain human complexities. This implies that both the generation of enabling environments and individual empowerment is essential for healthy behaviour.

Legislation has established itself as a powerful tool. However, it does not guarantee individual change, and therefore its implementation should also consider tools that will produce and strengthen behavioural change.

Key words: Health Promotion; Psychology; Sociology

¹ Recibido el 21 de diciembre de 2007. Aceptado el 23 de mayo de 2008.

Socióloga. MA Public Health. Unidad de Salud Pública y Nutrición INTA, Universidad de Chile. Correspondencia a: afuentes@inta.cl

INTRODUCCIÓN

En su definición más clásica, la promoción de la salud es entendida como el “proceso de proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” (1). En esta misión, esta disciplina ha sido alimentada por una diversidad de enfoques tanto teóricos como prácticos. Como un movimiento surgido principalmente desde el campo del cuidado de la salud, sus bases biomédicas son innegables y ampliamente reconocidas. Sin embargo, el aporte de otras ciencias -como aquellas tradicionalmente denominadas *sociales*- ha sido bastante menos visible, aunque no por eso poco importante de ser destacado.

Por ello, este artículo busca poner de manifiesto el aporte que la sociología y la psicología han hecho al desarrollo de la promoción de la salud. Se propone que algunas contribuciones de estas disciplinas pueden ser altamente relevantes para entender qué ocurre actualmente en Chile con algunos planes y campañas que persiguen el objetivo de promocionar la salud, tales como la ley de tabaco o la promoción de actividad física.

Este análisis resulta relevante desde dos puntos de vista. Por una parte, por la necesidad de relevar cómo estas dos ciencias sociales -junto a las ciencias biomédicas- han tenido una importante influencia en el entendimiento y praxis de la promoción de salud (2). Por otra, debido a que la comprensión de estas miradas puede aportar de modo significativo en la tarea de hacer campañas efectivas para la promoción de una vida saludable y así colaborar al gran objetivo de la salud pública, que es mejorar la salud de la población.

EL FOCO DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN CHILE Y SU RELACIÓN CON LA PSICOLOGÍA Y SOCIOLOGÍA

La historia *moderna* del movimiento de promoción de salud está configurada por diferentes hitos que han ido agregando cada vez mayor complejidad a su conceptualización y práctica. El informe Lalonde (3), que debe su nombre al entonces ministro de

salud de Canadá, puso énfasis en su carácter político y estratégico, mientras que la Carta de Ottawa (1) logró constituirse como la *guía* de esta naciente disciplina, apoyando su institucionalización e internacionalización. Las posteriores conferencias como la de Adelaida (4) y Bangkok (5), han ido estructurando y encauzando a este movimiento hacia los temas de políticas públicas saludables, equidad y, más recientemente, globalización, que hoy son el foco de las políticas de promoción de la salud.

En Chile, considerando tanto este marco como los rápidos cambios demográficos, epidemiológicos y nutricionales experimentados durante los últimos años en la población nacional, a fines de la década de los '90 se toma la decisión de convertir la promoción de la salud en una política de estado intersectorial y participativa. Esta decisión implicó, al menos teóricamente, importantes consecuencias tales como trascendencia a los gobiernos de turno, búsqueda de equidad en la cobertura, y sostenibilidad financiera y legislativa para este tipo de programas (6). En concreto, la Política de Promoción de Salud -instalada por el Consejo Nacional de Promoción de Salud o Vida Chile- delimita cinco ámbitos de condicionantes del cambio conductual: alimentación, actividad física, tabaco, factores protectores psicosociales y factores protectores ambientales. De esta forma, esta política reconoce y prioriza el fomento de estilos de vida saludables para reducir conductas de riesgo asociadas con morbilidad y/o muerte prematura (7).

Durante los últimos años, principalmente por influencia del enfoque de Determinantes Sociales de la Salud (DSS) propulsado por la Organización Mundial de la Salud, el Estado de Chile ha tratado de cambiar este foco. Para ello, ha introducido una perspectiva de condicionantes sociales como género, posición socioeconómica o etnicidad, cuyo fin es el aumento de la equidad y cohesión social como medio de mejoramiento de la salud poblacional (8).

Así, los últimos años han sido testigos de una ampliación del enfoque de la promoción de la salud. A la perspectiva de estilos de vida se ha incorporado aquella que enfatiza la importancia de los aspectos sociales y estructurales en el diseño de

programas y proyectos. En la práctica, no obstante, la implementación de estrategias de promoción en salud no ha sido capaz de integrar estas dos miradas. Por el contrario, las acciones han permanecido guiadas finalmente ya sea por un enfoque que enfatiza los factores individuales o bien por otro que prioriza los elementos estructurales. Ejemplos concretos de esto pueden encontrarse en la implementación de la ley del Tabaco que ha priorizado elementos estructurales dando poca o nula importancia al rol de elementos individuales para el cambio conductual; o, el programa EGO Chile que incluye campañas educativas que buscan accionar elementos individuales pero carece de políticas estructurales que las complementen.

Al respecto, es relevante preguntarse acerca del por qué esta falta de integración y cómo superarla. Para ello es necesario adentrarse en las disciplinas que han alimentado teórica y epistemológicamente esta miradas de la salud. A este nivel, es posible afirmar que el enfoque de fomento de estilos de vida saludables se ha desarrollado tanto a nivel teórico, metodológico y empírico alimentado principalmente por la psicología y específicamente por los enfoques cognitivos. El modelo estructural, en cambio, ha tenido inspiración principalmente desde la sociología a nivel epistemológico y metodológico a partir de aproximaciones teóricas relativas a la causación social dando especial importancia a procesos macro-sociales.

Partiendo de esta distinción, a continuación se fundamentará la relación entre la promoción de la salud y la psicología y sociología respectivamente, buscando explicitar los supuestos que subyacen a cada enfoque como medio de buscar una complementariedad entre ellas. De esta forma, este artículo plantea que cada enfoque por sí mismo es insuficiente y por tanto, los programas y campañas que buscan promocionar la salud de la población en nuestro país requieren poner énfasis en la necesaria interrelación de ambas perspectivas.

LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA PSICOLOGÍA

Los principales vínculos de la psicología con la promoción de la salud provienen de las teorías

cognitivas, aunque también se encuentra una ligazón relevante con la psicología crítica. El aporte central de los modelos cognitivos a la promoción de la salud ha sido entender la acción individual a partir de las actitudes de las personas, explicando de esta forma sus mecanismos de cambio e intentando predecir los factores contribuyentes a las conductas relacionadas con la salud. Por su parte, las miradas críticas han hecho lo propio destacando la subjetividad de las personas como una variable clave en la comprensión de la promoción de la salud.

Desde la psicología, la cognición ha sido definida ya sea como un atributo personal o como un agregado de individuos más que como un contexto más amplio socio-cultural, económico o de estratificación social (9). Consecuentemente, la conducta humana ha sido entendida -en último término- como un resultado del procesamiento activo que hace el sujeto de la información disponible en el ambiente, presumiéndose una persona que, finalmente, toma una decisión acerca de cómo actuar (10). En esta perspectiva, la salud es considerada básicamente como un atributo individual, por lo que la clave para entender el cambio en este ámbito se encuentra en la modificación de la actitud de las personas. Así definidas, las personas son consideradas como sujetos que pueden transformar estilos de vida riesgosos en otros saludables, los cuales son esenciales para mejorar su salud (11,12).

Esta aproximación basa su estrategia de intervención en proveer información y persuadir individualmente. Por ejemplo, algunas veces “pares” o “líderes comunitarios” son usados como motivadores para la implementación de conductas saludables. Similarmente, los medios de comunicación de masas pueden ser usados en un sentido similar, como herramientas para difundir y hacer más valorados los contenidos de programas de promoción.

Un ejemplo del uso de esta perspectiva en nuestro país es el programa de promoción de la actividad física, cuyo objetivo definido para el año 2010 es la disminución de la prevalencia del sedentarismo en la población de 15 años o más en 7 puntos porcentuales (de 91% a 84%). Los objetivos

intermedios para cumplir con esa meta se basan en programas educativos para fomentar una vida activa, la ampliación de oportunidades y la reducción de las barreras existentes para la práctica de actividad física, tales como falta de espacio e inseguridad, entre otros (6). La lógica que subyace a estos objetivos es que, una vez incorporada la información y reducidas o eliminadas las barreras de riesgo ambientales, estarán dadas las condiciones para el cambio conductual: las personas podrán comportarse saludablemente.

Un desafío a estos modelos tradicionales ha surgido desde aproximaciones psicológicas más actuales a la promoción de la salud, sobre todo desde la psicología social crítica. Los seguidores de esta perspectiva afirman que la mirada cognitiva de la salud *falla* en captar la complejidad de las conductas relativas a la salud y sus estructurantes sociales. “Cualquier intento por entender los estructurantes sociales de los procesos de pensamiento simplemente agregando medidas *crudas* de influencia social dentro de la ecuación es totalmente inadecuado” (9). Esta aproximación alternativa propone una comprensión más profunda de la manera en la cual la gente relaciona las conductas de salud con significados, valores e identidad, y la manera en la cual éstos son inextricablemente relacionados con el contexto social. En este sentido, esta mirada cambia el énfasis desde una imagen objetiva de las concepciones de salud del individuo abriendo paso a la consideración de las creencias subjetivas sobre conductas saludables (13). Muy brevemente, en el caso de la promoción de la actividad física, la adopción de esta perspectiva conllevaría la incorporación del significado individual y comunitario de su práctica en el diseño y definición del propio programa.

De esta forma, las teorías psicológicas proponen una forma altamente asible de entender el cambio conductual a través de poner a la persona como sujeto activo en la decisión de tener o no conductas saludables. Sin embargo, en este intento se ha tendido a sobrevalorar el rol decisonal individual y a entender lo social como una variable puramente contextual, más que como un factor que por sí mismo puede moldear el comportamiento. Si bien las propuestas provenientes de desarrollos teóricos más actuales,

presentan una visión compleja la cual conecta una apreciación subjetiva de la salud y el riesgo, el rol del medioambiente cultural y social en el cual la gente vive permanece como un factor de bajo peso relativo en comparación con el individual.

LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA SOCIOLOGÍA

Diferentes perspectivas en sociología han examinado la relación entre sociedad y salud. En los comienzos de la incursión de esta disciplina en el campo de la salud –la sociología médica–, la perspectiva dominante fue el funcionalismo (14). Posteriormente, miradas estructurales buscaron explicar cómo los factores sociales o el medioambiente social afectaban la salud y la distribución de las enfermedades de la población, incluyendo elementos de tipo sanitario y condiciones habitacionales como los grandes determinantes del estado de salud poblacional. Actualmente, destacan las teorías de causación social, y específicamente la de DSS, la cual no sólo busca describir las características de los factores sociales que afectan la salud, sino particularmente los mecanismos mediante los cuales se produce este efecto (15). La incorporación de la aproximación estructural a la promoción de salud ha facilitado la introducción de categorías analíticas sociales mayores tales como género, etnia, clase social y más recientemente, los conceptos de posición socioeconómica y equidad.

Particularmente, la perspectiva de los DSS, la cual ha tenido gran impacto durante los últimos años, busca como fin último un mejoramiento de la equidad de la salud de la población, es decir, la disminución de las desigualdades entre diferentes grupos sociales. Relacionado con esto, una preocupación central ha sido la pregunta de cómo se generan estas disimilitudes. La investigación ha demostrado un gradiente socioeconómica, es decir, a medida que se desciende en la escala social –utilizando diferentes indicadores tales como educación o ingreso– los niveles de salud tienden a empeorar (16). Los niveles de mortalidad o morbilidad dependen de la posición relativa que ocupe una persona en la escala socioeconómica y no únicamente de su situación de desventaja material severa. Así, esta perspectiva deja claramente en evidencia que la salud es altamente

sensible al medioambiente social por lo que la posición socioeconómica es un elemento esencial para entender esa relación.

La mirada sociológica en promoción de la salud, basa fuertemente su acción en la modificación del ambiente físico, social y material para hacerlo más favorable al desarrollo de una conducta saludable (2). Su foco puede ser resumido en la frase *hacer la elección saludable, la elección más fácil*. Una elección saludable puede estar disponible, pero hacerla una opción real para la mayoría es un proceso más complejo. Ello, porque la decisión no sólo depende de la voluntad sino también de factores de tipo estructural, social, económico, cultural, y de disponibilidad o acceso a este tipo de conductas.

La perspectiva sociológica en promoción de la salud está basada en dos supuestos altamente interrelacionados. El primero y más importante, se refiere a que el principal determinante de salud, y de las conductas relacionadas con salud, es la estructura social en la cual las personas están insertas. Las decisiones relacionadas con su salud son determinadas principalmente por su ambiente y por la posición socioeconómica que ocupa la gente en aquella estructura, a través de diversas vías tanto psicosociales como materiales. Segundo, y como consecuencia de lo anterior, las personas tienen una capacidad individual limitada –por sus condiciones sociales y materiales de vida- para hacer una elección libre respecto de su salud y sobre qué conductas adoptar. Estas condiciones otorgan el contexto para la conducta y acciones, y son considerados más relevantes que las decisiones individuales en un análisis global (17).

En consecuencia con ello, la mirada sociológica busca hacer modificaciones estructurales para mejorar la salud de la población y disminuir las desigualdades. Ello, a través de una política que promueva un cambio en la legislación de la salud pública, la regulación de la publicidad que realizan las empresas, o el aumento de los impuestos (6)⁶. En este contexto es que se deben entender asuntos tales como la implementación progresiva a partir del año 2004 de la Ley del Tabaco en nuestro país. La ley que se originó

a partir del desarrollo de una evidencia base de los daños producidos por el tabaquismo, combina una serie de normas que buscan regular los componentes, la venta, rotulación, publicidad, promoción y consumo del tabaco. Además, pretende crear conciencia de los daños del tabaco, a través de la incorporación de este tipo de contenidos en los programas educacionales (18). Esta estrategia regulatoria busca restringir las condiciones ambientales favorables para el consumo del cigarrillo, para proteger la salud de quienes no fuman y retardar el inicio del consumo.

Resumiendo, la promoción de la salud ha adoptado desde la sociología un análisis estructural que enfatiza las influencias sociales y económicas en la salud y las estructuras y relaciones sociales que ayudan a generar las desigualdades sociales. Desarrollos más recientes en este campo han tendido a enfatizar la importancia de la posición social relativa más que de las condiciones materiales absolutas para entender los niveles de salud de distintos grupos. Esto ha puesto de manifiesto la importancia de la equidad como un objetivo fundamental que debería guiar la acción en salud, incluidos los programas y planes de promoción.

DISCUSIÓN

La psicología y la sociología deben ser consideradas partes relevantes de los fundamentos y desarrollos de la promoción de la salud. La primera planteando un modelo individual para tratar de predecir el cambio conductual en las personas, y la segunda proponiendo la causación social, que ha derivado en la necesidad de crear ambientes saludables como requisito para producir este cambio comportamental.

En ese sentido, a un primer nivel, las contribuciones de estas dos perspectivas aparecen en sentidos opuestos, una enfatizando la importancia del individuo y su voluntad, y la otra acentuando las determinaciones sociales. Ello se ha traducido en que aunque ha sido ampliamente demostrado y aceptado que gran parte de los determinantes -por ejemplo- de exceso de morbilidad o mortalidad prematura superan largamente el nivel individual, las aproximaciones individualistas dominan el escenario de la acciones

en promoción debido a su aparente aplicabilidad y bajo costo (19).

Considerando que en el corazón de la promoción de la salud hay una idea de conectar la conducta individual con la estructura social, una pregunta relevante se refiere a si es posible trascender a esta dicotomía individual-social y complementar estas miradas. Sin duda, alcanzar esta integración no sólo depende de un entendimiento teórico de los procesos sociales e individuales, sino también de cómo se ejecuta la práctica de la promoción de la salud.

La base para la integración de estas perspectivas, es la comprensión que ni la mirada individual ni la social son capaces por sí mismas de explicar la complejidad del cambio conductual humano. En la práctica, esto significa que la generación tanto de ambientes sociales propicios como otros de empoderamiento individual es esencial para desarrollar conductas saludables. Sin duda, el uso de la legislación debe ser considerado un poderoso instrumento (20). Como ocurre en el caso del tabaco en Chile, la ley puede otorgar un marco que regula la conducta pública de las personas. No obstante, es necesario tener en cuenta que este nivel de intervención, aunque necesario, no es del todo suficiente para producir el cambio en las personas. Prueba de ello es que algunas evaluaciones de la implementación de esta ley no han sido muy auspiciosas en términos de la reducción de la prevalencia del tabaquismo. El cambio requiere también ser desarrollado con la consideración que el enfoque individual provee de herramientas complementarias que permiten producir y afianzar la modificación conductual. Así, una intervención puede resultar más efectiva si contempla medidas a nivel personal que se acompañan de consideraciones ambientales que apoyan el cambio conductual. O dicho de otro modo, una intervención social ya sea a nivel nacional, regional, comunal o local requiere el complemento de los factores individuales para potenciar su acción.

Así, la promoción de la salud -especialmente en nuestro país donde las cifras de obesidad y sedentarismo son cada vez más crecientes- tiene

un importante desafío de trascender a la dicotomía social-individual en el diseño de sus intervenciones. Ello pasa tanto por avanzar en el conocimiento acerca de las particularidades de nuestra sociedad que condicionan el comportamiento no saludable, como por estimular los factores individuales que permiten trascender ciertas condicionantes impuestas por nuestra realidad social (21).

Referencias

1. PAHO Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, 1986. Acceso en <http://www.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf> (Consultado el 28 de septiembre de 2007)
2. EWLES L, SIMNETT I *Promoting Health A Practical Guide*. 2a ed. London: Scutari Press, 1992.
3. LALONDE M *A new perspective on the Health of Canadians. A working Document*. Acceso en http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde_e.pdf
4. *Second International Conference on Health Promotion, Adelaide, South Australia, 5-9 April 1998* Acceso en http://www.who.int/hpr/NPH/docs/adelaide_recommendations.pdf
5. PAHO, Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un mundo globalizado, 2005 https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf
6. SALINAS J, VIO F *Promoción de salud y actividad física en Chile: política prioritaria Rev Panam Salud Pública 2003;14(4): 281-288*
7. MINISTERIO DE SALUD, GOBIERNO DE CHILE *Plan Nacional de Promoción de Salud* Acceso en http://www.minsal.cl/ici/S_1/U_14/Plan_Nacional_Sitio_Web.doc
8. MINISTERIO DE SALUD, GOBIERNO DE CHILE *Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud y Equidad* Acceso en <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/presentaciondss.pps>
9. OGDEN J *Health Psychology A Textbook*. 2a ed. Buckingham: Open University Press, 2000.
10. CROSSLEY M *Rethinking Psychological Approaches towards Health Promotion. Psychology and Health 2001; 16:161-177*.
11. NAIDOO J, WILLS J *Health Promotion Foundations for Practice*. London: Bailliere Tindall, 1994.
12. CROSSLEY M *Rethinking Health Psychology*. Buckingham: Open University Press, 2000.

13. NETTLETON S *Governing the risky self How to become healthy, wealthy and wise* In Petersen A, Bunton R, eds. *Foucault, health and medicine* London: Routledge, 1997; 213-214.
14. MORGAN M, CALNAN M, MANNING N *Sociological Approaches to Health and Medicine* London: Croom Helm, 1985.
15. Krieger, N: *Glosario de Epidemiología Social Parte I* Boletín Epidemiológico 2002; 23(1) Acceso en http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/be_v23n1-glosario.htm
16. KAWACHI I, SUBRAMANIAN SV, ALMEIDA-FILHO N *A glossary for health inequalities* J. Epidemiol. Community Health 2002;56:647-652
17. WATSON J, PLATT S *Connecting policy and practice. The Challenge for Health Promotion Research.* En Watson J, Platt S, eds. *Researching Health Promotion*. London: Routledge, 2000; 1-20.
18. MINISTERIO DE SALUD Ley Num 20105 <http://www.mineduc.cl/biblio/documento/200611301702550.Ley%20N%2020.105%20Tabaco1.pdf>
19. PEERSMAN G *Promoting Health: Principles of Practice and Evaluation.* En Oliver S, Peersman G, eds. *Using Research for Effective Health Promotion*. Buckingham: Open University Press, 2001; 3-15.
20. MELLO M *The new frontier of public health law* New England Journal of Medicine 2006; 354:2601-2610
21. ABEL T, COCKERHAM W, NIEMANN S *A Critical Approach to Lifestyle and Health* En: Watson J, Platt S eds. *Researching Health Promotion*. London: Routledge, 2000; 54-78