

LA SALUD ¿PARA QUE?:¹
Elementos de Psicología Social en la Promoción de la Salud

Silverio Barriga
Universidad de Sevilla

RESUMEN

Situando la salud como un recurso social usado individualmente no podemos sino cuestionarnos por la manipulación económica política que puede conllevar la consigna de "*salud para todos*".

La salud constituye un campo de expresión de prioridades sociales. Urge reestructurar esas prioridades, sobre todo cuando los modernos Estados están llegando al límite de su capacidad para ofrecer prestaciones sociales, y que la fuerza económica de las multinacionales, además de expresar las limitaciones de los propios Estados, nos exige redistribuir los escasos recursos existentes. Y en esa línea, aún aceptando la relevancia de los cambios estructurales para garantizar las condiciones que hagan posible estilos de vida sanos, hemos de resaltar también la importancia de que los interventores sociales, particularmente los psicólogos sociales, aportemos nuestro bagaje teórico-práctico para motivar, iniciar, consolidar y generalizar los cambios de conducta para mantener estilos de vida saludable.

Palabras clave: salud, condiciones de salud, prioridades sociales, estilos de vida, promoción de salud.

ABSTRACT

Considering health as a social recourse used individually, we have no choice but to question the economic-political manipulation of the principle "*health for all*".

Health is made up of the expression of social priorities. It is urgent that these priorities be restructured, even more so when modern States are reaching the limit of their capacity for public health and the economic power of multinational corporations, apart from expressing the limitation of the States themselves, require that the scarce resources that exist be redistributed.

In this way, stressing the role of the structural changes in order to guarantee the conditions which make possible healthy life styles, we must also insist on the importance of social mediators, particularly social psychologists, and their theoretical-practical contribution baggage in order to motivate, initiate, consolidate and generalize the behavioral changes that maintain habits of a healthy life.

Key words: Health, health conditions, social priorities, life styles, promotion of health.

INTRODUCCION

Ante la euforia del desarrollo de la intervención psicosocial de los últimos años, los psicólogos sociales, junto a otros profesionales, se han sumergido en el **prometedor campo de la salud**.²

Creo, con todo, que el atractivo de este nuevo campo profesional debe impulsarnos a realizar un análisis crítico de los **componentes ideológicos** que subyacen en la práctica sanitaria.

Los ciudadanos se hallan particularmente sensibilizados a los temas relacionados con la salud y, sobre todo, su salud. "*Salud, dinero y amor...*" nos recuerda la sabiduría popular. La profesión médica ha sabido inculcar, a lo largo del siglo XX, en el acervo cultural contenidos sanitarios que hoy son incuestionables. En el **ranking de los valores** personales, la salud ocupa uno de los primeros: como base de cualquier contenido vital. Tanto es así que la salud más que como recurso se ha constituido en objetivo de la población.

La salud es un concepto polisémico que, pese a sus ambigüedades, tiene la capacidad de movilizar ingentes recursos personales y socioeconómicos.

Y ante ella no podemos dejar de posicionarnos si queremos ilustrar convenientemente nuestra práctica profesional.

1. SESGOS IDEOLÓGICOS ANTE LA SALUD

* La salud es como un **catalizador** que pone de manifiesto múltiples contradicciones personales y sociales. Solemos mantener una **acercamiento negativo** de la salud. Sabemos qué es la salud cuando la perdemos en parte, cuando enfermamos. Es un bien que se valora negativamente.

* La salud se manifiesta como consecuencia de la relación del **equilibrio** que mantenemos con sus determinantes personales y sociales. La homeostasis fisiológica sirve de modelo de los componentes psicosociales, generando unas referencias excesivamente estáticas de las relaciones del individuo con su entorno.

* La salud se coloca como *el debe* hereditario. Nos creemos con **derecho a la salud** por el mero hecho de nacer. La salud se nos da aparentemente sin esfuerzo personal. Por ello aceptamos fácilmente que instancias externas a nosotros se encarguen de garantizarnos no sólo las condiciones de salud, sino la salud misma. Pretendemos que el **control externo** asuma el papel que le correspondería a nuestra propia responsabilidad. Y el dilema entre causalidad externa y causalidad interna en la etiología de nuestra salud suele resolverse a favor de la primera. Como consecuencia se genera una actitud de **dependencia** y de privilegio de las posibilidades de acción de nuestros responsables institucionales.

* **La demanda y la oferta** en salud están determinadas por el sesgo que se introduce según se valora la salud bien como don, bien como conquista.

La demanda responde a los parámetros de las leyes del mercado. Pedimos aquello para lo que previamente se nos ha generado necesidad y en base a la cual explicitamos nuestra demanda.

Una concepción de la salud como conquista facilita la formación de sujetos activos que ajustan sus exigencias a las posibilidades concretas de la oferta sanitaria. No se renuncia a participar en la elaboración de la oferta, pero no se depende totalmente de ella. Los recursos del individuo son anteriores a las posibilidades que le ofrece la institución sanitaria.

Según privilegiemos la demanda o la oferta abocamos a dos modelos sanitarios radicalmente opuestos e irreconciliables.

* **La medicalización social** se caracteriza por la pretensión de resolver

por la medicina problemas que no son médicos.

El prestigio de la profesión médica ha crecido tanto que muchos médicos han caído en la trampa de generalizar los contenidos de su rol-médico a campos o aspectos en los que no necesariamente son expertos. Y la confianza de los *pacientes* ha sido tan grande que ellos mismos empujan a los médicos a esa distorsión de rol, aumentando disparatadamente las demandas de intervención médica.

Al final todo en la vida se mide en relación a la salud y la enfermedad. Se considera, incluso, que la medicina debiera dar ajustada cuenta de cualquier problema social. El proceso de medicalización es tan implosivo que al final para impedir que muramos casi se nos impide vivir.

A pesar de todo ello, se sabe que los presupuestos directamente dedicados al capítulo sanitario a penas participan en un 5% de la salud de la población. Capítulos de gasto como los incluidos en la mejora de la infraestructura vial, la higiene de los alimentos, el equilibrio dietético, la depuración de las aguas, el aumento de los niveles de educación, las condiciones de trabajo, el equilibrio en el crecimiento demográfico, el funcionamiento de la justicia, la protección medioambiental, las normas que regulan las relaciones familiares etc. ocupan el 95% restante.

* Acaparados por tanta demanda los médicos se han identificado con un modelo de **simplificación**: por el que se pretende reducir las causas para mejor controlar los efectos. Se tiende a una explicación **simple** pese a la **complejidad causal** de los hechos humanos. El mismo desarrollo vertiginoso de los fármacos ha propiciado la potenciación de las etiologías monocausales.

* La **orientación egocéntrica** en la propia salud preocupados en *mi salud* ha desarrollado una orientación que infravalora la vertiente socio-estructural de los riesgos sanitarios. Y pese a la repercusión que tienen determinados estilos de vida, en los que se engarzan comportamientos concretos, la acción solidaria deja mucho que desear. Incluso campañas como la del Sida encuentran resistencias considerables, al ser considerada como la enfermedad *de los demás*.

* La sensibilidad por estilos de vida que ponen en peligro el mantener los niveles adecuados de salud, ha desembocado en el establecimiento de una **moral médica** basada en la ausencia de riesgo y en el culto a la seguridad más absoluta. Interés tienen, sin duda, las actuales compañías de seguros para consolidar la demanda de seguridad en todos los ámbitos cotidianos de la vida pri-

vada y pública. La seguridad se ha convertido en objeto de consumo. Se airean las situaciones de inseguridad, los fracasos del control, etc., para incentivar la demanda de servicios de seguridad.

Al final llegamos a concebir la vida como algo artificial, carente de incentivo que conlleve algún riesgo. Con lo que sofocamos la vida misma. La vida de por sí es riesgo, oportunidad cogida al vuelo, competitividad entre semejantes, lucha por subsistir, generosidad en el cálculo personal, entrega etc. Eliminar el riesgo es sofocar la veta irracional del comportamiento humano: es decir su móvil más frecuente. Pues la conducta del hombre no es lógica, antes se deja llevar de intuiciones, corazonadas, impulsos... es decir siempre se arriesga para superar la abulia de lo ya conocido, de lo conforme, de lo dominado.

Ante el riesgo hemos de adoptar una medida hecha de prudente control. Ni la búsqueda inconsiderada de la seguridad, ni la irresponsabilidad de riesgos incontrolables. El sabor de la cotidianidad halla sus ingredientes en el justo equilibrio de la medida, la innovación, y la creatividad.

2. CUANDO NO BASTA CON SABER...

En el campo sanitario choca a veces el voluntarismo en que se envuelven las intervenciones institucionales. Por la inercia de lo fácil y ante la urgencia de las imediateces políticas, a veces se pretende recoger frutos con excesiva premura. En los programas para modificar estilos de vida no siempre se tiene en cuenta los resultados empíricos que los psicólogos conocen.

2.1. Lo micro y lo macrosocial en el estilo de vida.

El **estilo de vida** corresponde a una forma de vida y se concreta en el conjunto de patrones de conducta que caracteriza a cada individuo.

Esos patrones de conducta tienen su coherencia interna. Dan solidez a la manera concreta de comportarse una persona en un determinado entorno social.

Los patrones de conducta son la consecuencia de concepciones diversas de la vida. Una sociedad concreta alberga multitud de patrones de conducta, multitud de estilos de vida. El valor de los estilos de vida dependerá de los objetivos que consiga. Pero aunque diversos estilos de vida pueden alcanzar una misma calidad de vida y podamos decir que no existe un estilo de vida ideal, lo cierto es que unos estilos de vida son más saludables que otros: generan o man-

tienen mejor unos niveles de salud en la población; es decir están constituidos por conductas o aspectos más saludables que perjudiciales para el sujeto o el grupo. Pues no existe un estilo de vida totalmente sano. En todo estilo de vida se dan conductas más o menos saludables.

Aún más las conductas pueden conllevar riesgo para la salud, aspectos no saludables y aspectos favorecedores de la salud.

En los estilos de vida intervienen múltiples factores determinantes. Pues la conducta (C) es el resultado de múltiples variables. A parte las variables provenientes del sujeto (S) y del medio socioambiental (M) tanto microsocioal como macrosocioal, nos hallamos con las interacciones entre ese conjunto de variables; todo lo cual condiciona la misma conducta, a la vez que la conducta incide nuevamente en la definición de los futuros determinantes de otra conducta.

C ————— P ————— M

Si hubieramos de introducir un ranking entre los distintos determinantes tendríamos dificultades de consenso. Pues en ese proceso de atribución causal todo va a depender de la perspectiva en que nos coloquemos.

Si nos consideramos actores y nos apropiamos la responsabilidad tendremos a sobrevalorar los elementos situacionales, si por el contrario, nos consideramos observadores de la conducta de los demás tendremos tendencia a infravalorar los situacionales resaltando los elementos personales, incidiendo así en el *error fundamental* de atribución, tal y como la literatura psicosocial viene demostrando.

Pero sea cual fuere el valor que otorguemos a los distintos determinantes de la conducta, lo cierto es que no todos repercuten por igual. Objetivamente el impacto de los elementos estructurales provenientes de los elementos macrosociales (endogrupo, clima laboral, cultura, sistema educativo, sistema socioeconómico etc.) es superior. Ello por varias razones (Mendoza, 1990):

- en cada sociedad encontramos patrones de conducta que predominan de forma homogénea independientemente de las diferencias individuales;
- se halla semejanza entre patrones de conducta en sociedades similares

aunque geográficamente distantes (por ejemplo en Australia y Gran Bretaña);

- la heterogeneidad macrosocial conlleva gran variedad de estilos de comportamiento;
- finalmente en una determinada sociedad la modificación de los elementos macrosociales incide en la modificación de los estilos de vida. Baste recordar al respecto cómo han cambiado los hábitos de vida de los niños con el desarrollo de la TV, con la ocupación de la calle por los coches, o con el cambio de la dieta mediterránea en nuestro entorno.

Y sin embargo la literatura científica suele caer en el *error fundamental* bien porque realiza estudios empíricos con limitaciones metodológicas que favorecen la interpretación microsociales, bien porque no se repara en el sesgo interpretativo de los datos, bien porque se privilegia el sesgo ideológico que resalta la responsabilidad individual del sujeto inmerso en una supuesta sociedad libre.

Este desenfoque etiológico repercute gravemente en la orientación de los programas de intervención para promover estilos de vida saludables. Y en vez de privilegiar los cambios macrosociales, se insiste en los elementos microsociales con lo que fácilmente se cae en la victimación y culpabilidad de los sujetos, independientemente de su situación contextual. El éxito de las campañas está minado de origen, pese a que se consigan efectos sorprendentes, cuando no se aplican cuidadosamente las estrategias que nos dicta la investigación psicológica.

2.2. La incidencia en la conducta.

Si lo que pretendemos es hacer más fáciles los estilos de vida saludable tenemos dos posibles campos de incidencia:

- uno microsociales aplicando las teorías del aprendizaje y del cambio actitudinal a la conducta de los individuos;
- otro macrosociales introduciendo cambios estructurales más allá del comportamiento individual aplicando las estrategias políticas de acercamiento a las esferas del poder socio-político.

Pero tanto en uno como en otro hemos de superar algunos **implícitos erróneos**:

- se supone que el nexo entre la información y el comportamiento es automático y eficaz.

- se supone que el individuo es un ser ahistórico que ejecuta su conducta sin interactuar con su medio físico y social.

2.2.1. Nexo información/comportamiento.

La gente sabe lo que debe hacer pero no lo hace. Nunca como hoy se ha generalizado la información sobre las formas concretas para evitar el embarazo adolescente. Y, sin embargo, las estadísticas expresan un crecimiento exponencial de dichos embarazos.

En la conducta junto al elemento informativo o cognoscitivo intervienen otros elementos más determinantes: como los rasgos individuales, las presiones sociales sobre los valores en juego (así la dialéctica entre valores contrarios: el de estar sano y el de correr riesgo), y los elementos afectivos, los motivacionales, las limitaciones del medio social, etc.

Sin embargo, el cambio actitudinal necesita de la información adecuada para consolidarse. Pues aunque en su inicio lo cognitivo no juegue un papel preponderante, sí lo tiene en su mantenimiento temporal.

Para ello toda información en base a la cual se va a generar una representación social (Moscovici, 1984) necesita objetivarse eidéticamente y anclarse, integrarse en el marco conceptual preexistente o estructura de acogida (Pai-cheller, 1992). Pues se pone en juego el equilibrio cognitivo y la dinámica anterior: se cuestionan las hipótesis meramente comportamentalistas (a más recompensa, conducta más afirmada) pues toda acción en contra de la cognición fuerza al reequilibrio; e igualmente se cuestiona la racionalidad del individuo ya que, en contra de toda lógica, espontáneamente se maximizan las ganancias y se minimizan las pérdidas de los actos realizados.

Las representaciones sociales actúan como rejillas de descodificación y de interpretación de la realidad y predisponen a la acción.

2.2.2. La acción se realiza en un contexto interactivo.

El individuo no es un ser aislado, ahistórico. Cuando actúa lo hace desde una plataforma interactiva, arraigado en un contexto espacio-temporal que limita cualquier intervención desarraigada del mismo. En ese contexto interactivo inciden tanto los aspectos informativos (más fácilmente asimilables por las clases intelectualmente mejor preparadas) como los aspectos psicosociales, afectivos, normativos, grupales etc.

Por ello en toda campaña de promoción de salud que pretende aumentar los niveles de salud de una población habrán de tenerse en cuenta esos aspectos psicosociales, incluso cuando directamente se pretende mejorar las conduc-

tas de individuos concretos. Hemos de pretender dirigirnos al sujeto en toda su totalidad, arraigado en un determinado contexto interactivo. En las campañas de prevención del SIDA o de mejora del medioambiente, es donde más evidente resalta el fracaso de una concepción meramente individualista que no tenga en cuenta la interacción del sujeto: la salud no es tarea de uno solo, se necesita del concurso simultáneo de otros.

3. CONTRADICCIONES EN LA PROMOCIÓN DE SALUD

Sin duda una deficiente orientación teórica sobre los determinantes de la salud esteriliza la tarea de promoción de la salud.

Pero quiero ahora referirme a ciertas contradicciones que se dan, incluso cuando los programas de promoción de salud se realizan dentro de una adecuada orientación teórica.

3.1. ¿ Más años de vida? Sí, pero ¿a qué precio?

"*La operación ha sido un éxito*", se nos dice con notable satisfacción. Un éxito ¿para quién?, ¿para qué? En ese juicio ¿resaltamos la actuación técnica del equipo sanitario o estamos valorando las condiciones de vida en que ha de transcurrir definitivamente el paciente y su entorno familiar? ¿A partir de qué condiciones más hubiera valido que la operación no se realizara? ¿Qué se nos vende antes de ser intervenidos?

Ante el ímpetu cuantitativo del momento materialista que vivimos, todo vale a cualquier precio: el fin justifica los medios. Olvidamos que lo importante es vivir, pero no de cualquier modo, sino con una mínima calidad de vida. El valor absoluto de la vida, no puede identificarse con el esfuerzo tecnológico de prolongarla a cualquier precio tanto económico como psicosocial. También en ese campo conviene tener presentes las prioridades sociales y personales de cara a salvaguardar la justicia en las actuaciones sanitarias.

Habrá que respetar las decisiones del paciente, pero sin parar esfuerzo para que sea consciente de sus consecuencias personales y sociales. Incluso si el paciente por encima de todo desea poder vivir, sean cuales fueren sus condiciones personales, ¿hasta qué punto una decisión individual debe comprometer la calidad de vida de muchos otros, aunque sean familiares?

Sin duda nos encontramos ante dilemas que no pueden contestarse a la ligera, sin antes agotar todos los requisitos de una decisión confrontada, discutida,

consensuada. Pues incluso la vida en sí no tenga un valor absoluto al margen del contexto en que haya de vivirse.

Más vida sí; pero ¿más años?... !depende!

3.2. ¿Más salud conlleva más justicia social?

La salud de un individuo, como realidad psicosocial que es, no puede desentenderse del contexto social en que se disfruta. Necesariamente estamos ligados a la salud de los demás. Su salud nos repercute y nuestra salud les atañe. Cuando se trata, pues, de programar aumentos de salud en la población, o en un grupo concreto de la comunidad, no podemos aorillar el plantamiento de las prioridades sociales. Si el dinero es público, los criterios en que se basa su reparto han de ser socialmente consensuados a través de nuestros representantes políticos.

Se dice, a veces, que en las campañas de prevención los beneficiarios de las mismas son precisamente quienes menos lo necesitan. Pues la información no necesariamente es captada por todos, ni los más necesitados se hallan preparados para la tarea. Paradoja, pues, de un mundo que se pretende justo y, de hecho, distribuye sus recursos haciendo caso omiso de los objetivos teóricamente planteados.

Una sociedad sana interesa, sobre todo, a los sanos. No ya sólo por las ventajas productivas que acarrea en sí, sino porque normaliza las relaciones de desigualdad social, facilitando el mantenimiento de las relaciones establecidas.

Una salud a toda costa, rezuma idealismo conservador. La salud no es el objetivo de la vida, sino un recurso para objetivos mayores. El salutismo desemboca en un plantamiento egoísta de la existencia. Los objetivos de justicia social son anteriores al mantenimiento de la salud individual. Difícil de entender en un mundo en que todo se sacrifica al mantenimiento de los privilegios heredados o conseguidos sin prejuicio alguno.

Ahora cuando se plantea la viabilidad económica de los programas sanitarios, bueno será que analicemos serenamente su coherencia ideológica. No sea que el desarrollo tecnológico de los hospitales se esté trocando en signo de un despilfarro social, más preocupado por mantener artificialmente en vida a unos cuantos que en garantizar los mínimos vitales a unos muchos. Si los programas de salud rehuyen el plantamiento justo en el reparto de los recursos, estamos prestando un flaco servicio a la solidaridad comunitaria. Dicho con palabras sencillas pero duras: si es imprescindible será preciso aceptar que unos pocos mueran, antes que muchos lleven una vida insana. Si todas las vidas son igualmente valiosas, el drama de la opción habrá de ser fácil. Lo contrario es egoísta.

mo disfrazado desde la plataforma del privilegio.

3.3. ¿Para qué tipo de hombre buscamos la salud?

Cuando hablamos de hombre sano, nos estamos refiriendo a un determinado tipo de hombre: el hombre de la clase media: constituye un determinado modelo de hombre que se desenvuelve en un cierto contexto socioeconómico. Y sin embargo... la salud es recurso para todos. Habremos de mirar con cautela la orientación individualista de la salud. Necesitamos incidir en las causas y factores sociales que generan las condiciones de la salud de la población, obviando, pues, el incidir en la *victimación* individual y en la culpabilidad personal como procesos justificadores de la irresponsabilidad social. Pues hemos de reconocer que hay quienes queriendo no puede tener estilos de vida saludable: sus condiciones estructurales socioeconómicas no se lo permiten. También ellos son objetivo de la salud entre todos y para todos.

3.4. Al promocionar la salud ¿qué riesgos evitamos y qué riesgos corremos?

En las campañas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, implícitamente pretendemos realizar un determinado modelo de hombre. El hombre prototipo de muchas campañas sanitarias se caracteriza por:

- realizar una vida equilibrada, en homeostasis personal,
- huir de las situaciones arriesgadas,
- buscar una vida sin dolor como algo posible e inmediato,
- privilegiar la ausencia de conflicto relacional, etc.

Pero cuando se pretende promocionar la salud ¿son esos los objetivos que se quieren alcanzar? ¿Qué precio se paga por ello? ¿Ese es el modelo de hombre que promovemos? Sin duda ese prototipo responde al modelo de hombre medio de clase burguesa, acomodaticio y fácil presa de ideologías conservadoras tanto religiosas como políticas. Con ese tipo de hombre puede realizarse la vida comunitaria, aunque necesariamente con sus secuelas. Nada es inocente en la vida: la ingenuidad sólo la predicán quienes disfrutaban de las condiciones del momento.

Me parece que en este final de siglo si algo hay que cuestionar es ese modelo de hombre. Ahora cuando se ha desvanecido el modelo antagónico del comunismo y se halla a la deriva el modelo capitalista, urge inventar un modelo de hombre nuevo: más preocupado por las condiciones del medio, más sensible a los valores ecológicos, a la solidaridad mundial, a la promoción y reparto justo

de los recursos universales, incluidas las condiciones de salud, que en salvaguardar su comodidad personal aún bajo el disfraz de lucha por su salud y la de los suyos más inmediatos. Y entonces frente a un hombre ensimismado en su bienestar y exigente con los recursos colectivos, podemos encontrarnos con un hombre luchador, exigente con sus propios recursos, que encara el conflicto necesario como fase de crecimiento social, etc. Pues hay personas individualmente *sanas* que socialmente están *enfermas* y personas individualmente *enfermas* que están socialmente *sanas*. Los criterios justificativos de la salud y la enfermedad no dependen tanto del juicio personal o corporativo-profesional, cuanto del ajuste a unos objetivos socialmente elaborados y comunitariamente compartidos. La salud no es un fin, sino un medio para la vida social.

Por otra parte una sociedad constituida de individuos que rehuyen el riesgo, nunca podrá ser una sociedad dinámica, emprendedora, *arriesgada*. Frente al surgir obsesivo de las empresas de seguros, caben alternativas sociales más enriquecedoras. Lo propio de la vida es enfrentarse al riesgo, aceptar el riesgo como constituyente social. Los momentos más placenteros y socialmente más ricos suelen ser aquellos que comportan mayor dosis de riesgo. La innovación, la creatividad necesita de la marginalidad, de la tensión frente a los objetivos y medios socialmente aceptados por inercia. La norma mayoritaria a la larga se anquilosa y se desajusta del objetivo inicial. Es el precio de la inercia, también en el entramado social. No todo es negativo en el comportamiento de riesgo. Hay valores (solidaridad, convivialidad, relajación, integración grupal, etc.) que merecen aceptar situaciones de riesgo individual. Aún más, cada sociedad tolera e incluso alienta cierta dosis de riesgo en los comportamientos de sus miembros (en actividades deportivas competitivas, en la valoración de la capacidad humana en empresas científicas, en situaciones de solidaridad, etc). No todo lo arriesgado merece ser rechazado. La ausencia de riesgo no es el valor máximo de la vida social.

3.5. Negación del riesgo como necesidad social.

La convivencia social comporta la toma de decisiones en un ambiente ambiguo en el que las posiciones no pueden ser analizadas calibrando todas sus consecuencias. Vivir es arriesgarse constantemente, tanto a nivel físico (peligro de accidentes, incontrolabilidad del comportamiento ajeno animal y personal) como social (desconocimiento de las motivaciones de los demás, incontrolabilidad de nuestro propio comportamiento ante determinados estímulos placenteros o aversivos).

El riesgo es un constitutivo cotidiano de nuestro vivir en relación con otros.

Ni en aras de una supuesta salud podemos promocionar un estilo de vida sin riesgo. Claro que siempre cabe seleccionar los niveles de riesgo en proporción a la capacidad del control que tengamos de las situaciones en que vivimos. La selección del riesgo es compatible con la búsqueda de la salud y puede constituir en sí mismo un ejercicio de promoción de estilo de vida saludable.

3.6. La salud como valor.

Pese a considerar la salud como un valor apetecible, no podemos absolutizarlo. Ni para todos, ni en todo momento es el valor máximo, el más importante, tal y como acabamos de afirmar. A veces se considera más importante la salvaguarda de la cohesión social o la integración en un grupo que la protección directa de la salud individual. En el inicio del hábito de fumar de los adolescente se halla la supervaloración de dicha integración social frente al grupo de iguales. Incluso en la vida adulta la salud es preterida ante atractivos más inmediatos que hallan su justificación en las normas sociales de convivencia. ¿Quién ha de enarbolar, y en qué circunstancias, el criterio de prioridad para que el valor salud se anteponga a otros valores? Sepamos en todo caso que la realidad es así de compleja, pese a quien pese; y en aras del principio de respeto habremos de usar estrategias de influencia socialmente validadas para transmitir nuestras prioridades en valores.

3.7. Valores que subyacen en las campañas de promoción de salud y prevención de enfermedad.

Quienes participan profesional o voluntariamente en campañas de salud lo hacen porque se identifican con los objetivos propuestos y sitúan la salud dentro de los recursos prioritarios de la vida social. Pero en el empeño podemos sobrepasar los planteamientos serenos y respetuosos con los demás. Y entonces se resaltan estos valores:

- la salud como un absoluto válido en sí y no como un recurso,
- priorización de lo sanitario en la vida individual y social,
- bajo la influencia de los profesionales de la salud convertidos en *militantes* sanitaristas, obsesionados por la *salud pública*,
- incidencia en los determinantes individuales de la salud por lo que fácilmente se cae en el victimismo, resaltando casi exclusivamente la responsabilidad del sujeto en su salud. Se olvida la importancia del cambio ambiental para la salud y cómo a veces el sujeto no quiere la salud simplemente porque no puede conseguirla.

4. LA PSICOLOGÍA SOCIAL EN LA PROMOCIÓN DE SALUD

Desde la Psicología Social podemos adentrarnos en los implícitos que regulan el comportamiento de búsqueda y afianzamiento de la salud. Pero, sobre todo, podemos desvelar las dificultades que encontramos para pasar de las ideas a la práctica en un determinado contexto.

Sabemos que los determinantes estructurales son los más importantes para aportar condiciones que hagan fácil el que los individuos adopten comportamientos saludables. Y, en la medida de lo posible, en aras de la eficiencia política habría que animar a que profesionales de la intervención psicosocial se adentren en el proceloso océano de la acción política para facilitar el cambio social. Ahora bien ni todos tienen esa *vocación*, ni todos disponen de las habilidades necesarias como para que los ciudadanos les otorguen su confianza en la gestión de los asuntos públicos. Hay campo para todos. Y bueno será que veamos cómo la Psicología Social puede ayudar al interventor social de a pie en la promoción de la salud.

Sirvenos de aliciente el saber que un 50% de las causas de muerte en USA en 1979 según el Servicio Público de Salud se debían a mantener conductas no saludables, es decir a no tener estilos de vida saludables (Maes, 1992). Si pues pudiéramos incidir en los estilos de vida, es decir concretamente en las conductas de los ciudadanos estaríamos facilitando la promoción de la salud.

La acción promotora de salud puede centrarse en la elaboración de **estrategias comunitarias** para cambiar los estilos de vida no saludable, para reducir los factores de riesgo ambiental y para incidir en los determinantes socio-económicos.

Cabe igualmente promover acciones de prevención a partir de **estrategias personalizadas** ante sujetos con alto riesgo bien por su fragilidad evolutiva (niños, adolescentes), bien por su dificultad socio-ambiental (medio de degradación social, delincuencia, prostitución, miseria laboral, pobreza, etc.); así como cuantas acciones de prevención sean posibles a fin de detectar tempranamente las enfermedades (prevención secundaria), reducir el sufrimiento y facilitar el afrontamiento de las condiciones irreversibles (prevención terciaria).

Tanto ante unas u otras estrategias la aportación profesional del Psicólogo Social se centra en calibrar y controlar los aspectos de la conducta que directamente inciden en el **cambio de actitudes, la representación social de la salud, la atribución de responsabilidad, el apoyo social, el ajuste a las condiciones de la enfermedad, etc.**

Pero como elemento básico a todos esos temas se halla la preocupación de saber por qué quienes tienen información para realizar una conducta saludable,

sin embargo no llegan a actuar adecuadamente.

¿Cómo se recorre el trecho que hay del saber al actuar, de la información a la acción? ¿Cuál es el **nexo entre información y acción** ?

Para comenzar hay que considerar infundado el **presupuesto** de quebaste la simple información sobre las conveniencias de la salud para conseguir conductas saludables; o de que cambiando las creencias se cambien los comportamientos. Y ello por varias razones:

- el cambio de conducta de un individuo se engarza en un determinado **contexto** socioestructural. No se da de manera histórica y necesariamente se define en relación a un grupo concreto;
- el cambio de conducta es un proceso dinámico que conlleva distintas **fases** (Lee-Owen, 1985):
 - ° la **decisión** de cambiar (con la consiguiente motivación para hacerlo),
 - ° el **inicio** del cambio (a partir de oportunidades psicosociales que favorezcan dicho cambio),
 - ° y la **consolidación** del cambio (usando grupos de apoyo social) con la consiguiente
 - ° **generalización** de la conducta a otras situaciones (lo que supone, igualmente, facilidades socioambientales);
- el cambio de conducta, pues, es el resultado de una **interacción psicosocial** entre un individuo y su medio (biológico, socioeconómico, y político).

Por todo ello cambiar la conducta supone incidir tanto sobre los elementos estructurales como los personales, si realmente se pretende afianzar dicha conducta en el engranaje coherente de un estilo de vida saludable.

De ahí que los planteamientos centrados prioritariamente en el **miedo** como elemento motor del cambio conductual están abocados al fracaso: ni motivan positivamente, ni propician facilidades para el cambio, ni permiten la consolidación de la conducta más allá del horizonte inmediato. El miedo activa pero dependiendo de su intensidad: útil en pequeña dosis, nefasto en dosis mayores. Pues en el cambio conductual inciden más otros motivos que los aversivos (Leventhal-Hirschman, 1982).

En consecuencia ni la teoría del *Fear-Drive* de Miller-Hovland (Sutton, 1982), ni la *Subjective Expected Utility Theory* (Edwards, 1961) recogen la visión compleja de una orientación psicosocial sobre el cambio de conducta. El cambio de conducta para adoptar estilos de vida saludable ha de apoyarse en una visión psicosocial de la vida, resaltando tantos las variables directamente perso-

nales como las variables socioestructurales, rehuendo colocar al sujeto en un vacío social incapaz de motivar ni consolidar su cambio conductual.

Los programas de promoción de la salud en cualquiera de sus actuaciones (por ámbitos físicos : escuela, familia, centro sanitario etc.; por problemas: nutrición, ejercicio físico, equilibrio laboral etc.; o por grupos de población: niños, jóvenes, adultos, etc.) necesitan ser previstos y ejecutados enraizándolos en la comunidad a que se aplica, dirigiéndolos a sujetos concretos, haciendo gala de objetivos realmente accesibles, a partir de múltiples canales de influencia, valorando el cambio conductual como algo positivo que debe consolidarse en el tiempo, y sirviéndose de las redes de apoyo social de que dispone la colectividad.

La Psicología Social como ciencia de la interacción personal valora los múltiples determinantes de la conducta y se plantea el uso de los mismos a fin de garantizar las condiciones estructurales facilitadoras de esos estilos de vida para consolidar el adecuado cambio conductual que permita afianzar los estilos de vida saludables.

5. LA SALUD ¿CÓMO Y PARA QUÉ?

Situando la salud como un recurso social usado individualmente no podemos sino cuestionarnos por la manipulación económico-política que puede conllevar la consigna de *salud para todos*.

Lo que defina a los hombre son los objetivos que se proponen, no los medios que emplean para conseguirlos. La salud está al servicio de planteamientos que salvaguardan las condiciones que facilitan el ejercicio concreto de la justicia social.

La salud se constituye en campo de expresión de prioridades sociales. Urge reestructurar esas prioridades, máxime cuando los modernos estados están llegando al tope en sus niveles de prestaciones sociales y que la fuerza económica de las multinacionales , a parte de expresar las limitaciones de los propios Estados, nos exige redistribuir los escasos recursos existentes.

Y en esa línea, aún resaltando la mayor incidencia de los cambios estructurales para garantizar las condiciones que hagan posible estilos de vida sanos, hemos de resaltar la importancia de que los interventores sociales, particularmente los psicólogos sociales, aportemos nuestro bagaje teórico-práctico para motivar, iniciar, consolidar y generalizar los cambios de conducta para mantener estilos de vida saludable.

REFERENCIAS

- Aïach P, Bon N, Deschamps JP. Comportements et santé: questions pour la prevention. Nancy: Presses Universitaires de Nancy, 1992.
- Barriga S. Salud y Comunidad. Sevilla: Diputación, 1989.
- Barriga S, León JM. Psicología de la Salud. Sevilla: Sedal, 1990.
- Chenoweth DH. Planning health promotion at the worksite. Indianapolis: Benchmrk Press, 1987.
- Chiquel JC. Médecine et médecines. Caen: Paradigme, 1990.
- Edwards W. Behavioral decision theory. *Annu Rev Psychol* 1991; 12: 473-98.
- Lakehal M. Prévologie: du droit aux soins au droit à la santé. Paris: Dunod-Larmises, 1991.
- Lee C, Owen N. Behaviourally-based principles as guidelines for health promotion. *Community Health Studies* 1985; 9(2): 131-8.
- Leventhal H, Hirschman RS. Social Psychology and prevention. En: G Saunders, J Suls, (editores). *Social Psychology of health and illness*. Hillsdale (New Jersey): Erlbaum Associates, 1982: 183-226.
- Maes S. Health Promotion and Disease Prevention. A Social Psychological Approach. *Revista de Psicología Social Aplicada* 1992; 1(2-3): 5-28.
- Maes S, Spielberger CD y otros, (editores). *Topics in health psychology*. New York: Wiley, 1988.
- Matarazzo JD, Weiss SM y otros, (editores). *Behavioural health: A handbook of healt enhancement and disease prevention*. New York: Wiley, 1984.
- Mendoza R. Concepto de estilos de vida saludables y factores determinantes [texto mecanografiado]. Ponencia presentada en la II Conferencia Europea de Educación para la Salud. Varsovia, 7-9 junio 1990.
- Moscovici S. The phenomenon of social representation. En R Farr, S Moscovici. *Social Representations*. Cambridge: Cambridge University Press, 1984: 3-69.

Paicheller G. Connaissances, représentations sociales et comportements: les logiques-preventives. En: P Aïach, N Bon, JP Deschamps. Comportements et santé: questions pour la prevention. Nancy: Presses Universitaires de Nancy, 1992: 210-4.

Sutton SR. Fear-arousing communications: A critical examination of theory and research. En: JR Eiser, (editor). Social psychology and behavioural medicine. New York: Wiley, 1982: 304-37.

Taylor SE. Health psychology. New York: Random House, 1986.

NOTAS:

1. Texto presentado al IV Congreso Nacional de Psicología Social. Sevilla: septiembre 1993. Dpto. de Psicología Social.
2. Personalmente participamos en la dotación del primer esbozo de formación de los P.I.R. (Psicólogos Internos Residentes) de Andalucía en 1985-86.