



## Psicología social y salud: asumir la complejidad

### *Social Psychology And Health: Assuming Complexity*

Mary Jane P. Spink

*Pontificia Universidade Católica de Sao Paulo - PUCSP*

#### Resumen

Este artículo es una declaración de posición basada en una larga trayectoria de investigación e intervención en el contexto brasileño. El argumento que se presenta es que las experiencias sanitarias son complejas y que la práctica profesional debe basarse tanto en la experiencia técnica como en la erudición. La complejidad no tiene que ver con los distintos puntos de vista: el de la gente saludable, los pacientes, los doctores, los profesionales sanitarios, los administradores y la ciencia, claro está. Tiene que ver con la concomitancia de varias versiones, de las realidades fractales que representan de distintas maneras los muchos actantes sociales y materiales presentes en esta red heterogénea. Este argumento está estructurado en dos partes. La primera de ellas simplemente reafirma la multiplicidad desde la perspectiva de la Psicología como una profesión sanitaria. La segunda propone que la acción en un escenario complejo requiere una amplia base de información basada más en la erudición que en la experiencia técnica: es la familiarización con aquellos temas culturales e históricos relacionados directa o indirectamente con la organización actual de la prestación de asistencia sanitaria la que presentará las prácticas diarias políticas y éticas

Palabras clave: **Psicología social; Profesiones sanitarias; Servicios de asistencia sanitaria; Complejidad.**

#### Abstract

*This paper is a position statement based on a long trajectory of research and intervention in the Brazilian context. The argument put forward is that health experiences are complex, and professional practice must be based on both technical expertise and scholarship. Complexity is not about different points of view: that of healthy people, patients, doctors, health professionals, health administrators and science, of course. It is about the concomitance of multiple versions; about fractal realities that are performed in different manners by the many social and material actants that are present in this heterogeneous network. This argument is structured in two parts. The first one merely restates multiplicity from the perspective of Psychology as a health profession. The second, proposes that action in a complex setting requires a broad base of information based on scholarship rather than technical expertise: it is the familiarity with issues that are cultural and historical and directly or indirectly related to present-day organization of care delivery that will anchor political and ethical everyday practices..*

*Keywords: Social Psychology; Health Professions; Health Care Services; Complexity.*

En sintonía con el relanzamiento de una revista científica que inevitablemente, como el dios Jano, mira hacia atrás y hacia adelante, el subsiguiente artículo es una declaración muy personal. En muchos aspectos, se trata de un informe de síntesis: refleja una larga trayectoria de investigación e intervención en el campo de la sanidad, así como un compromiso continuado con una visión crítica sobre cómo los psicólogos, especialmente del tipo social, representan la salud a través de sus prácticas. No propone formas para mejorar los aspectos técnicos de la práctica; más bien al contrario, propone que la práctica mejore a través de la erudición tradicional, como en el perspicaz debate de Mike Billig (Billig, 1988) sobre este enfoque.

La experiencia es local e histórica. Como profesora e investigadora, hace tiempo que me preocupan los problemas sanitarios. Mi tesis doctoral, allá en los 80, se centró en las experiencias de los primeros embarazos en un momento particular en la organización de los Servicios sanitarios brasileños cuando los servicios prenatales, en São Paulo, empezaron a ser disponibles y normativos. Desde entonces, trabajé un tiempo como investigadora en una agencia de la administración pública (FUNDAP) y luego como profesora universitaria en la Pontificia Universidad Católica de São Paulo (donde actualmente soy Profesora en el Departamento de Psicología Social) y en ambos lugares la salud era (y es) el centro de mis actividades. Es en base de esta experiencia que fui invitada a escribir sobre de mis opiniones personales acerca de la relación entre la Psicología (especialmente del tipo Social) y el campo de la salud. Inevitablemente, mi punto de referencia es la forma en la que los servicios sanitarios están organizados en Brasil y, por lo tanto, teniendo en cuenta que esta revista y su audiencia potencial se encuentran en un contexto social diferente, deberé explicar algunas peculiaridades sobre el medio en el que he obtenido mi experiencia.

El argumento que presentaré es que las experiencias en salud - las actividades de nuestro día a día, así como los problemas de salud potenciales o reales y los largos y tortuosos caminos a seguir para mantenerse saludable que deben tenerse en cuenta en la

salud-enfermedad - son complejas, y la práctica profesional debe basarse tanto en la experiencia técnica como en la erudición. La complejidad no tiene que ver con los distintos puntos de vista: el de la gente saludable, los pacientes, los doctores, los profesionales sanitarios, los administradores y la ciencia, claro está. La complejidad tiene que ver con la concomitancia de varias versiones (Law y Mol, 2002), de las realidades fractales que representan de distintas maneras los muchos actantes sociales y materiales presentes en esta red heterogénea.

Para garantizar la claridad, este artículo está estructurado en dos partes. La primera de ellas simplemente reafirma la multiplicidad desde la perspectiva de la Psicología como una profesión sanitaria. La segunda propone que la acción en un escenario complejo requiere una amplia base de información basada más en la erudición que en la experiencia técnica: es la familiarización con aquellos temas culturales e históricos relacionados directa o indirectamente con la organización actual de la prestación de asistencia sanitaria la que presentará las prácticas diarias políticas y éticas.

### **¿Existe algo parecido a la Psicología (Social) de la Salud? Multiplicidad en una perspectiva histórica y teórica**

Es imposible encarcelar preguntas y respuestas basándose en la teoría y la práctica en fronteras estrictas; el conocimiento es fluido y sobrepasa las fronteras definidas artificialmente. Al luchar con dicotomías como mente-cuerpo, individual-social, no es de extrañar que la Psicología se describa a menudo como multifacética, un archipiélago de paradigmas solitarios, tal como la describió Serge Moscovici refiriéndose a uno de sus campos, el de la Psicología Social (Moscovici, 1988).

La misma metáfora fue utilizada por autores contemporáneos brasileños de psicología social, en sintonía con la Teoría del Actor-Red. Alexandra Tsallis y otros colegas (Tsallis, Ferreira, Morais y Arendt, 2006) sugieren que:

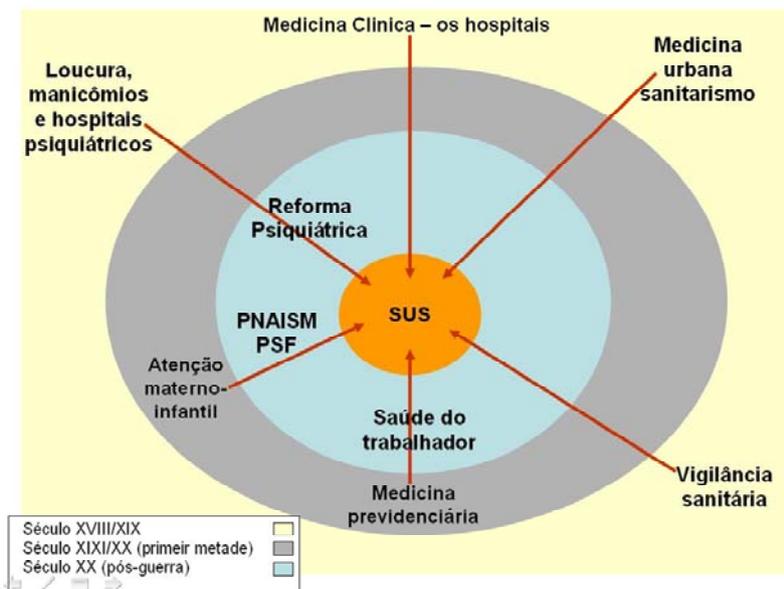
*Estamos más cerca de la cartografía de un archipiélago, de una confederación sin un centro de sistemas, escuelas, pequeñas teorías y prácticas dispersas que del mapa geopolítico de una nación continental unificada por un proyecto*

*común. ¿Qué mantiene esta dispersión psicológica bajo un mismo nombre? No nos referimos a divergencias metodológicas y teóricas menores con un mismo proyecto (como en la discusión de Física sobre la naturaleza de la luz, sobre si es una onda o una partícula), sino a la misma definición de qué es la Psicología, de la cohabitación de proyectos antagonistas bajo la misma rúbrica. Volviendo a la metáfora geopolítica, es como si, dentro de una federación, cada estado pudiera adoptar su propia representación de una nación, sin respetar el control político central, y creando una tensión abierta con los otros estados (p. 75).*

Sin embargo, a diferencia de los autores, no es el motivo que se encuentra detrás de esta curiosa configuración de la disciplina de la Psicología lo que está en juego en este artículo. Lo que interesa aquí es que la

multiplicidad lleva inevitablemente a una inserción muy diferente de las prácticas psicológicas en el campo de la salud. Un posible punto de partida es, obviamente, hacer "historia del presente", en la tradición de Foucault, como en el trabajo de Nikolas Rose sobre la profesionalización de la Psicología como una estrategia biopolítica (Rose, 1998). La diversidad de teorías y prácticas responde a la miscelánea de tareas que la Psicología debe llevar a término en el contexto del refuerzo de la responsabilidad gubernamental del bienestar de la población (Foucault, 2004).

Imagen 1: Asociaciones históricas entre Psicología y salud



Esta multiplicidad de puntos de entrada, y de ahí la delimitación de la práctica profesional en el campo de la salud, está representada en la Imagen 1. Con este objetivo, los puntos de entrada se han organizado en capas cronológicas, teniendo en cuenta el nivel diferencial de institucionalización del servicio de asistencia técnica. La capa exterior abarca el largo período entre los siglos XVIII y XIX que ve la organización progresiva de los sistemas de seguimiento de la salud pública, los

equipos de salud pública urbana, la Medicina Clínica, la Asistencia Hospitalaria y las instituciones psiquiátricas para el cuidado de quienes se consideraban locos (Foucault, 1977, 1978, 1982; Rosen, 1963). En la siguiente capa, abarcando la última mitad del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX, hay una organización progresiva de la Medicina Social, el Cuidado Maternal-Infantil y los sistemas de asistencia social dirigidos a la población pobre y trabajadora. Pero esto no

es todavía una tarea de la Psicología, como mínimo no como una profesión organizada y especialmente no en Brasil, donde los conocimientos psicológicos fueron inicialmente limitados al campo de la educación en el modo higienista de la biopolítica (Antunes, 2003).

Es en el siguiente período, en la última mitad del siglo XX, que la Psicología encuentra un lugar en el campo de la salud como un estilo curativo de Medicina y ello da lugar al énfasis en la atención primaria. En Brasil, muchos movimientos contribuyeron a esta apertura de las oportunidades profesionales para las profesiones relacionadas con la salud distintas a las prácticas médicas y de enfermería tradicionales. Con el cambio de rumbo hacia la democracia tras el largo período de dictadura militar, se crearon sistemas para proporcionar asistencia a la población trabajadora (Sato, Lacaz y Bernardo, 2004) y para la reorganización de la salud mental. Los trabajadores en salud mental y el personal de Salud en el trabajo unieron las fuerzas con importantes profesionales de la salud en la lucha para la reorganización de un sistema de asistencia sanitaria universal que llevó a la creación del Sistema Unico de Saúde, SUS. (Faleiros et al, 2006),

Como resultado, desde los 80, pero con más fuerza en los 90, los sistemas de asistencia sanitaria ofrecieron puestos para psicólogos, con una mayor participación de la profesión en la prestación de asistencia. Pero los números también hacen visible la multiplicidad. En 2005, como resultado de un acuerdo de cooperación entre la Asociación Brasileña para la Formación en Psicología (ABEP), el Ministerio de Sanidad y la Organización Panamericana de la Salud, se llevó a término un estudio para planificar la presencia y las prácticas de los psicólogos en los servicios de salud pública con el objetivo de proporcionar subsidios para implementar cambios en los cursos para graduados de Psicología para preparar mejor a los alumnos para trabajar en el ámbito de la salud (Spink, 2007a).<sup>1</sup>

Este estudio abarcaba dos estrategias. La primera consistía en un análisis de la base de datos del Ministerio de Sanidad sobre establecimientos sanitarios (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES) conjuntamente con otras bases de datos específicas de la Psicología profesional organizadas por el Sistema Conselhos de Psicologia (Conselho Federal de Psicologia e Conselhos Regionais de Psicologia). La segunda estrategia consistía en entrevistas telefónicas, con una muestra de 250 psicólogos, que llevó a término una agencia de telemarketing y que estaban basadas en preguntas presentadas por el equipo de investigación.

En el momento en el que se llevó a término esta investigación, había 14.407 psicólogos registrados en la base de datos del Ministerio de Sanidad, un número que ha ido creciendo con la expansión del sistema del SUS. Sin embargo, este número se encuentra lejos de ser impresionante cuando se tiene en cuenta el número total de profesionales registrados en los Conselhos. El porcentaje de profesionales con vínculos con el SUS representa, de media, sólo el 10% del número total de registros de profesionales en los Conselhos. Y este número varió del 8% en las regiones del norte al 15% en el noreste - la región con el mayor número de psicólogos que actúan en el SUS.

---

<sup>1</sup> Actualmente existe un proceso de reforma del currículum que ha abierto un espacio para el debate sobre la sanidad, especialmente la sanidad pública en cursos de Psicología para estudiantes universitarios, así como sobre otras experiencias de integración de los servicios sanitarios como el PROSAUDE.

**Tabla 1: Bases teóricas para la práctica de los psicólogos en el SUS**

Theoretical basis (multiple responses)	N	%
Psychoanalytic (Freud, Winnicott, Lacan, Melanie Klein, Bion)	82	32,8
Behavioural/Experimental/Cognitive/Motivational	37	14,8
Psychanalytic and Gestalt/ Humanistic/Psychosocial/Other	17	6,8
Brief/Focal Psychotherapy	15	6,0
Psychoanalytic and Behavioural (Cognitiv/Behaviorist)	13	5,2
Psychosocial/Community/Institutional/Psychodramatic	13	5,2
Various (excluding Psychoanalysis)	9	3,6
Systemic Theory	8	3,2
Developmental theories, Piaget	8	3,2
Phenomenological, Existential, Humanist (Rogers)	7	2,8
Organizational, Work and Hospital Psychology/Human Relation Theories.	6	2,4
Psychodynamics/Psychopathology/ Personality Theories/Diagnostic Techniques	5	2,0
Analtic/Junguian	4	1,6
Gestalt	4	1,6
Doesn't know/ did not inform	2	0,8
Outras*	20	8,0
<b>Total</b>	<b>250</b>	<b>100,0</b>

\* "Others" incluía una gran variedad de respuestas, como Teoría de la Formación del carácter; Psicooncología; Teorías Psicósomáticas

Sin embargo, no es la presencia de la Psicología en los servicios sanitarios lo que está en juego aquí, aunque sí que refuerza el argumento de que los profesionales deben estar mejor preparados para actuar en este marco. Más asombroso que los números fue la variedad de modos de práctica y antecedentes teóricos indicados en las entrevistas. La tabla 1 ofrece información sobre esta diversidad desde la perspectiva del anclaje teórico de la práctica<sup>2</sup>.

Por lo tanto, volvemos a la metáfora del archipiélago y nos enfrentamos al dilema de trabajar por partida doble con complejidad: la que deriva de la Psicología como una multiplicidad de teorías y formas de práctica, y la que concierne la sanidad como un campo de complejidad, donde se mezclan las prácticas culturales, políticas e históricas. ¿Podemos trabajar con complejidad? ¿Podemos alejarnos del aliciente de la simplificación?

La simplificación trata de la domesticación de la diversidad mediante definiciones y versiones de historias dirigidas a argumentar la especificidad de la Psicología en relación con los muchos campos de conocimiento que tienen como punto central la sociabilidad. Se trata de ordenar el conocimiento en compartimentos en las muchas instituciones contemporáneas que actúan como porteros del conocimiento válido. Una breve incursión en la información sobre la organización del conocimiento sugiere que la búsqueda del orden emerge en dos contextos muy diferentes. Inicialmente, está asociada con la explosión de información que pusieron en marcha las nuevas tecnologías, como la prensa, y los viajes de "descubrimiento" en la transición hacia la Modernidad. Peter Burke (2003) propone que, en ese momento, la tarea de ordenamiento se basaba en tres estrategias: currículos universitarios, bibliotecas y enciclopedias, aunque ninguno de ellos se puede considerar como un reflejo de las ideas sobre el ordenamiento que se encontraban en circulación en esos

<sup>2</sup> Datos obtenidos como respuesta a la pregunta: "¿Cuáles son las bases teóricas y metodológicas de su trabajo?"

momentos; estaban sujetos a las vicisitudes de cada área de conocimiento y habían superposiciones, como mínimo en relación con la necesidad misma de una clasificación. Sin embargo, "cuando se superponen tres sistemas, es probable que las categorías fundamentales expresen las suposiciones de la población universitaria, si no de la población en general o, como solía decir el historiador francés Lucien Febvre, su 'equipamiento mental' (outillage mental)", (Burke, 2003, p. 86).

Más adelante, la emergencia de nuevas disciplinas, como en el caso de las ciencias humanas, lleva al abandono del ideal de *mathesis universalis* - la ciencia universal inspirada en las Matemáticas visualizada por Descartes y Leibniz - a favor de la especialización, instalando la doble diferenciación entre campos de conocimiento y su clasificación en términos de grados de formalización.

*En el período Clásico, el campo del conocimiento, desde el proyecto de un análisis de representaciones hasta el tema de mathesis universalis, era perfectamente homogéneo: todos los conocimientos, sean del tipo que sean, procedían al ordenamiento de su material mediante el establecimiento de diferencias y definían dichas diferencias mediante el establecimiento de un orden (...). Pero a partir del siglo XIX, el campo epistemológico se fragmentó, o más bien explotó en diferentes direcciones. Es difícil escapar de la preeminencia de la clasificación lineal y las jerarquías al estilo de Comte (...) (Foucault, 1966/1970, p. 346).*

Sin embargo, estos modos racionales de clasificación reducen la complejidad mediante el ordenamiento, la división, la simplificación y la exclusión. Eliminan los matices entre blanco y negro. El efecto del ordenamiento son es sólo expulsar las anomalías a los márgenes; mientras insisten en la domesticación del caos, proporcionan la ilusión de que todas las relaciones se pueden explicar así. Pero se pueden encontrar otros modos de tratar con la diversidad. John Law y Annemarie Mol (2002), uniéndose a las filas de los que se han rebelado contra la tendencia a simplificar la realidad, preguntan: ¿qué es la complejidad y cómo podemos tratarla en nuestras prácticas de producción de conocimientos?

De este modo, mientras que aceptan que es importante denunciar la violencia perpetrada mediante la simplificación de esquemas,

proponen que una mera denuncia es algo problemático: es demasiado agradable y simple. No hay suficiente con denunciar; debemos crear formas de tratar con la complejidad de modo que puedan ser aceptadas, producidas y llevadas a término. Cuando en lugar de "orden" se descubre la existencia de una diversidad de órdenes (modos de ordenación, estilos, lógica, repertorio, discursos), la dicotomía entre simple y complejo empieza a disolverse. El orden da lugar a las representaciones, a los efectos.

Obviamente, no es simplemente una cuestión de tratar con la diversidad como una pluralidad de puntos de vista. Este ejercicio en deconstrucción implica comprender la diferencia entre la pluralidad y la multiplicidad (Mol, 1999) o, más precisamente, requiere la aceptación de que la propia realidad es múltiple, de ahí la necesidad para referirse a "ontologías" en el plural. Si la diversidad se interpreta como pluralidad, se cae en la trampa de una misma realidad vista desde varias perspectivas. Por lo tanto, los muchos puntos de anclaje teóricos presentados en la Tabla 1 se convierten en posiciones ventajosas que compiten entre sí para la hegemonía (además de competir con las teorías no expertas, perspectivas que entran a escena a través de los usuarios de los servicios sanitarios).

Referirse a la realidad como algo que es múltiple requiere un conjunto diferente de metáforas. Ya no hablamos de perspectivas o de construcción, sino de intervención y presentaciones. La multiplicidad sugiere que la realidad se realiza y representa mediante muchas herramientas en el curso de una diversidad de prácticas, y no sólo siendo observada desde muchas posiciones ventajosas diferentes. Se trata de una coexistencia de versiones de la realidad y debemos aprender a tratar con ello nuestros textos y prácticas. Estos distintos modos de pensar y actuar en relación con la salud facilitan prácticas de representación que interfieren las unas con las otras; ello pone de manifiesto conexiones parciales. Por lo tanto, se puede concebir la multiplicidad como el punto de encuentro de muchas formas simplificadoras de ordenamiento.

Así pues, ¿cómo podemos tratar con la diversidad en el modo de la complejidad? El

argumento que quiero presentar es que las teorías y la experiencia técnica no son suficiente, que debemos fomentar otro modo de tratar con la diversidad que tome en serio la erudición.

### Más que técnicas: la necesidad de la erudición como base para la acción

En la introducción a este texto, siguiendo a Mike Billig, sugerí que, para trabajar con la complejidad, se necesita una "erudición tradicional". De hecho, Billig se refería a la erudición como una postura antimetodológica. Sin embargo, sus comentarios se aplican a la postura antitécnica (o teórica) propuesta en este artículo:

*El estudioso tradicional dio por sentado que se debía leer tan ampliamente y en tantos idiomas como fuera posible. A través de la amplia lectura, se podía obtener una gran amplitud y profundidad de conocimientos, así como la habilidad de realizar conexiones entre fenómenos aparentemente dispares. (Billig, 1988, p. 200)*

La práctica en el contexto de la sanidad va más allá de la simple aplicación de técnicas basadas en opiniones teóricas. Aunque necesarias, las técnicas deben poder adaptarse y deben ser flexibles para poder trabajar con la multidimensionalidad de los temas sanitarios. La experiencia personal en investigación a lo largo de estos muchos años me ha llevado a la conclusión de que la erudición, en este caso, abarca la información derivada de la Antropología, la Sociología, la Política, la Administración y la Medicina, además de bibliografía específica psicológica. Se requiere familiarización respecto a un mínimo de tres dominios de prácticas inspiradas en políticas: opiniones culturales (e históricas) específicas sobre la salud y la enfermedad; asistencia sanitaria y disposiciones como estrategias gubernamentales y las tensiones relacionadas con la resignificación de la salud como derecho y deber.

### Una primera tarea en la búsqueda de la erudición: comprender la diversidad de procesos de salud y enfermedad

Florencia Tola, en su estudio del Qom, en la región argentina de Chaco, introduce el

concepto de 'persona corporeizada' y de 'extensiones corporales' para analizar cómo el cuerpo y la personabilidad están presentes en las prácticas cotidianas de la gente que no limitan la personabilidad\* a los humanos y para quienes la personabilidad no acaba en los límites físicos impuestos por el cuerpo. El concepto de 'persona corporeizada' permite comprender la relación entre la personabilidad y los procesos colectivos que constituyen la corporeidad. 'La persona corporeizada deviene tal debido a otras personas que crean en el cuerpo tanto seres como sus transformaciones' (Tola, 2007, p. 502). Más aún, algunos de los componentes de la persona se piensan como extensiones del cuerpo, incluso si están más allá de sus límites. Algunos, como los fluidos corporales, v.g. la esperma, son extensiones que vienen de otros cuerpos; otras, como el Iqui'i y el nombre propio, están hechas con elementos que no están limitados por el cuerpo y, como los fluidos corporales, están abiertas a la captura de los enemigos.

El análisis del Iqui'i es particularmente fascinante y recuerda uno de los trabajos de Carlo Ginsburg sobre brujería y cultos agrarios en los siglos XVI y XVII (Ginsburg, 1992). Hay dos aspectos del análisis de Tola que son especialmente fascinantes. En primer lugar, las personas existen de forma potencial y virtual. Su Iqui'i vive en el cielo antes de bajar al útero de su madre y empezar su compleja transformación hacia un cuerpo humano. En segundo lugar, el Iqui'i no está atado a un cuerpo humano. Por ejemplo, suele dejar el cuerpo durante el tiempo de sueño para visitar otras personas, vivas o muertas. Este es el motivo por el cual el Qom espera unos momentos antes de levantarse, de modo que el Iqui'i tenga tiempo de encontrar su cuerpo.

Puedo imaginar un psicólogo nada erudito que trabaje en la región de Pantanal -el equivalente brasileño del Chaco- que entre en contacto con un usuario de los servicios sanitarios que relacione sus problemas con un Iqui'i errante. Lo más probable es que se active la pista de la salud mental.

La literatura, tanto histórica como local, de creencias sobre salud/enfermedad es amplia y cuenta con maravillosos registros. ¿Pero por qué debería un psicólogo sanitario, que no tenga gusto por la literatura, estar

familiarizado con estas historias de alteridad? Mi respuesta siempre ha sido la siguiente: porque las prácticas sanitarias están relacionadas con la comunicación y ello pide una comprensión común de los repertorios que se utilizan para dar significado a los problemas relacionados con la salud/enfermedad. Está relacionado con la acción en entornos locales y, normalmente, cara a cara. Por lo tanto, se trata de prácticas discursivas.

Los repertorios, según Jonathan Potter et al. (1990) son los términos, conceptos, lugares comunes e imágenes de la lengua que se utilizan en nuestras prácticas discursivas. Pero cuando trabajamos con repertorios, nos enfrentamos inmediatamente al hecho de que también forman parte de la larga historia de la cultura y, en nuestra práctica profesional, no tratamos sólo con repertorios adquiridos a través de la socialización en la literatura psicológica. Entramos y salimos de varias posturas a lo largo del día y utilizamos repertorios que tienen resonancias en el largo tiempo de la historia, aunque sea historia hecha presente a través del discurso. En nuestro planteamiento (Spink, 1999) hemos tratado con esta paradoja a través de una versión de tres niveles del tiempo: el largo tiempo de la historia; el tiempo usado de nuestras experiencias y el tiempo de las interacciones aquí y ahora. El largo tiempo de la historia se hace presente a través de la circulación de estos repertorios a través de los varios medios con los que nos encontramos en el día a día: iconografía, literatura, documentos. Aunque son producto de contingencias específicas, siguen estando presentes y pueden transmitir los significados en una variedad de productos culturales. El tiempo usado es básicamente el filtro constituido por nuestros procesos de socialización: primario, secundario y post-secundario. Se parece al concepto de Pierre Bourdieu del *habitus* (Bourdieu, 1994), con un aire, también, al concepto de Ludwig Fleck del colectivo del pensamiento (Fleck, 1979). Un filtro, pero no una imposición; una apertura, quizás, a la multiplicidad. Finalmente, tenemos el tiempo de las interacciones aquí y ahora; el proceso de comunicación y de negociación de significados que es la articulación de repertorios en un orden negociado.

Si la familiarización con los repertorios contingentes histórica y culturalmente es obligatoria, seguramente la erudición es una ruta para la adquisición de habilidades comunicativas en los encuentros entre proveedores de servicios de salud y usuarios. Esta asunción se puso en práctica en una variedad de proyectos de investigación llevados a cabo por los miembros del grupo de investigación bajo mi liderazgo en la Pontificia Universidad Católica de São Paulo. Uno de los proyectos surgió de la preocupación por el uso falto de sentido crítico de los repertorios relacionados con discursos de riesgo en entornos biomédicos. Como resultado, entre 1998 y 2005, se llevaron a cabo una serie de estudios relacionados con una variedad de aspectos de los discursos de riesgo: su circulación en los medios, las experiencias de riesgo en la vida diaria, así como la función de los medios en la legitimación del riesgo-aventura<sup>3</sup>. En la base de estos estudios acumulativos, los repertorios asociados con el riesgo se clasificaron de acuerdo con tres tradiciones: el riesgo como peligro (lo que antecede la introducción de la palabra riesgo en los vocabularios occidentales), el riesgo como probabilidad y el riesgo como aventura.

El último estudio en este programa de investigación ("Riesgo e incerteza en la sociedad contemporánea") implicaba la incorporación del riesgo como aventura como práctica socialmente legítima. Más específicamente, su objetivo era comprender cómo las imágenes de riesgo como aventura que circulaban en los medios se convertían en metáforas para la legitimación de posturas de personas que estaban abiertas a experiencias relacionadas con el atrevimiento, los retos y las emociones relacionadas con la adrenalina. Este estudio específico abarcaba dos estrategias: un análisis diacrónico de una muestra de 210 temas de una revista popular, VEJA, que cubría el período entre 1968 y 2003, y un análisis sincrónico de una muestra de 101 revistas temáticas. Se escrutaron todas las revistas en búsqueda de la presencia de repertorios de riesgo, textuales y en imágenes, relacionados con las tres tradiciones de los discursos del riesgo. En una

<sup>3</sup> Para obtener información sobre las publicaciones, vea <http://lattes.cnpq.br/9915632947357389>

perspectiva sincrónica, el análisis de las revistas temáticas proporcionó información valiosa sobre la forma de dirigir los mensajes de riesgo a un público concreto. El análisis diacrónico fue especialmente útil para comprender la incorporación progresiva del riesgo como aventura como un estilo de vida legítimo, un proceso que parece haberse producido a través de dos movimientos complementarios: uno de ellos, relacionado con la profesionalización de deportes radicales, y el otro, con la oferta de aventura para objetivos turísticos. El análisis diacrónico de las imágenes utilizadas en los anuncios permitió una mejor comprensión del uso de las imágenes de riesgo como aventura como una invitación a unirse a una comunidad de consumidores concreta.

El análisis de repertorios asociados a las tres tradiciones de discursos de riesgo proporcionó oportunidades de avances teóricos y metodológicos que facilitaron un análisis más crítico de la salud promocional y una mejor comprensión de las estrategias de reducción de daños para quienes opten por estilos de vida más arriesgados.

#### **Comprender el contexto de la práctica en el escenario de la salud: la asistencia sanitaria como una estrategia gubernamental.**

La prestación de asistencia sanitaria está ubicada históricamente y, en un modo de ordenamiento lineal, la línea cronológica de las instituciones de asistencia sanitaria se puede seguir con facilidad. Según Michael Foucault (1982), se produce una primera reversión cuando la sociedad feudal da lugar a las Naciones-Estado y el derecho soberano a matar o a dejar vivir es transcendente para el deber a proteger las personas de una nación. La salud se convierte en una estrategia comercial y, en el modo rizomático en el que Foucault concibe el poder, el deber a proteger se extiende en una miríada de instituciones que tienen la biopolítica como objetivo. En una línea cronológica foucaultiana, la intervención del estado en la sanidad tiene lugar a través de la institucionalización de la Medicina social, un proceso que tiene formas diferentes pero a la vez relacionadas en diferentes contextos.

A principios del siglo XIX, en Alemania se estableció un sistema basándose en dos

estrategias: la observación detallada de la morbilidad y la mortalidad de la población, y la normalización de la práctica médica. Algo más adelante, en el mismo siglo, Francia organizó una serie de medidas de higiene con tres objetivos relacionados: analizar todo lo que, en el espacio urbano, podría ser causa de enfermedad; controlar la circulación de personas y elementos, como el aire y el agua, y organizar secuencias de distribuciones, de agua y cloacas, por ejemplo. Y, a finales del siglo XIX, prevaleció el modelo inglés, una forma de asistencia sanitaria que, muy relacionado con la Revolución industrial, tenía la fuerza de trabajo humana en el centro. Desarrollado en concomitancia en muchos países del hemisferio occidental, este modelo se exportó a los países en desarrollo que habían sido recientemente liberados de la esclavitud colonial. Su triple misión se asoció firmemente al crecimiento y al desarrollo en un modelo occidental: controlar la vacunación; organizar los registros de las enfermedades epidémicas e infecciosas; localizar y eliminar los focos de insalubridades. Este modelo, fuertemente asociado al desarrollo del estado de bienestar social, se basó en tres modos de atención a los problemas sanitarios presentados en la Imagen 1: atención médica a los pobres a través del libre acceso a la asistencia sanitaria; control de la fuerza de trabajo y supervisión de la salud pública.

Pero para muchos países de Sudamérica, el modelo no llegaba "listo para usar". En Brasil, el camino hacia un servicio sanitario unificado (el SUS) fue largo y tortuoso. Durante muchos años, si no siglos, la asistencia sanitaria para quienes no tenían acceso a las instalaciones médicas privadas fue relegada a las "Santas Casas", instituciones vinculadas con grupos religiosos, especialmente la Iglesia Católica. La primera organización de servicios sanitarios basada en el estado se estableció en 1923 (Lei Eloy Chaves) a través de las "Caixas", una estrategia gubernamental para minimizar los conflictos potenciales con las clases trabajadoras. El principal objetivo de las "Caixas" fue proporcionar seguridad social a través de esquemas de pensiones, no como lo que sucedía en muchos países europeos (Ewald, 1986). La asistencia sanitaria no era más que un objetivo secundario y, en cualquier caso, era un modelo de asistencia muy restringido, basado en aquellos grupos de

trabajo que habían conseguido una organización interna considerable a través de cooperativas y sindicatos. Durante muchos años, existieron varios intentos de unificación y reorganización de las Caixas: un modelo vertical por sector de producción (Institutos de Aposentadoria e Pensão) y más adelante, en 1966, una primera unificación de la asistencia técnica a través de la creación del Instituto Nacional de Previdência e Saúde, INPS.

Esta búsqueda de unificación se hizo más fuerte en los años 70. Según Sonia Fleury Teixeira (1989)<sup>4</sup>, la reorganización necesaria contemplaba varias medidas, entre las que se incluían la ampliación de la asistencia sanitaria a toda la población urbana y parte de la población rural y la reorientación de la asistencia médica individual hacia medidas preventivas y colectivas. Pero también introducía una predisposición a comprar servicios de centros privados, lo que propiciaba la mercantilización de la asistencia sanitaria, así como la expansión de la red de servicios basada en la tecnología, con el uso de caros reconocimientos y de medicamentos.

A finales de los 70, la deficiencia de este modelo se había hecho demasiado obvia. Con la debilitación del régimen militar y las primeras señales de agotamiento del modelo económico que había prevalecido hasta entonces, los movimientos sociales empezaron a organizarse en serio; entre ellos, el Movimiento sanitario - una amplia ola de discusiones y propuestas de base rizomática que implicaba profesionales sanitarios, personal de la administración central, investigadores y profesores universitarios y organizaciones sociales locales.

El movimiento sanitario se hizo presente en los varios foros que preparaban el camino hacia la nueva Constitución, aprobada en 1988. En esta declaración de principios, la sanidad se reconocía como un derecho de las personas y un deber del Estado, estableciendo los principios básicos de la universalidad y la gratuidad. El texto Constitucional también establece la estructura básica para la prestación de asistencia sanitaria, basada en la descentralización de la administración, revertiendo así la tendencia hacia la

centralización en el Gobierno Federal para atender las necesidades locales, y en el control social como la base de la participación democrática en todas las instancias del gobierno y de la prestación de asistencia.

El SUS fue creado por ley el 1990 (Lei 8080). Tiene como principios básicos la universalidad de acceso a la asistencia sanitaria, la equidad en la prestación sanitaria y la integralidad de la asistencia. Su organización está basada en un cuidado integral, la administración descentralizada y el control social.

Pero, ¿por qué debería la familiarización con esta historia considerarse como "erudición"? El SUS todavía está en mantillas; queda mucho que hacer para que funcione de acuerdo con sus principios básicos y esta tarea es una responsabilidad de todos nosotros. Es el continuo cuestionamiento de los obstáculos para su implementación completa lo que creará el escenario para llevar a término una acción eficaz. En esta perspectiva, los profesionales sanitarios tienen la responsabilidad de la acción política, y la participación política no baja del cielo. Para muchos de los que investigamos o trabajamos en aspectos de la asistencia sanitaria, siempre resulta asombroso que los alumnos universitarios ignoren la propuesta en la que está anclada el SUS. Y sin embargo, el SUS, tal como se muestra al principio de este artículo, ofrece una alternativa viable, muchas veces la única, para una carrera en Psicología.

Además, las nuevas modalidades de prestación de atención en el SUS se han dirigido a la acción multiprofesional para abordar la difícil propuesta de la asistencia integral. Los experimentos en "matriciamento", al abrigo administrativo de "Saúde Paidéia" (Campos, 2003), por ejemplo, han requerido reflexividad sobre lo común en toda la profesión sanitaria y lo que pertenece a campos específicos.

El "matriciamento" es un tipo de organización de administración participativa de la asistencia sanitaria basada en una estructura matriz en la cual se ven implicados una diversidad de profesionales. Opera a través de la creación de espacios relacionales para los intercambios entre profesionales de los varios servicios que cuidan de la salud de los usuarios. El objetivo de este tipo de

<sup>4</sup> Sonia Fleury Teixeira es una de las pocas psicólogas brasileñas dedicada al análisis de la política de salud pública.

estructura es garantizar que los equipos profesionales sanitarios estén al corriente de la trayectoria de los usuarios de los servicios sanitarios para garantizar una asistencia integral en todos los niveles de la asistencia sanitaria.

En muchos modos, esta propuesta es innovadora. Sin embargo, ha habido experiencias, aunque en programas verticales, en las que han prevalecido la integridad y la administración del estilo de matriz. Este es el caso del Programa brasileño contra el SIDA. Iniciado en los 80, el Programa contra el SIDA ha obtenido un gran número de premios internacionales y ha sido instrumental para ayudar a implementar sistemas sanitarios parecidos en otros países del tercer mundo. Estuve implicada en políticas e investigaciones del SIDA en 1993 como la principal investigadora en aspectos de comportamiento social de un estudio de viabilidad de Vacunas contra el SIDA. Más adelante, entre 1994 y 2003, fui miembro del Comité Nacional del SIDA (Comissão Nacional de AIDS, CNAIDS). Esta implicación alimentó mis opiniones acerca de la necesidad de que los psicólogos se familiarizaran con temas de políticas en el campo de la sanidad.

Creado en 1986, CNAIDS pasó por muchas reformulaciones en relación con su función y sus miembros como resultado de la institucionalización del Programa del SIDA y la necesidad de cumplir con las directivas del recientemente formado SUS. En 2002 apareció una urgente necesidad de revisar sus objetivos. A causa de la familiarización con el SIDA y mi función durante largo tiempo como miembro del Comité, me solicitaron que llevara a cabo un ejercicio de evaluación, una solicitud que fue reinterpretada como un proyecto de investigación con cuatro objetivos: comprender su contribución histórica en la formulación de políticas para tratar con el SIDA en Brasil; revisar su función en vista de la proliferación de comités específicos creados para tratar con los aspectos técnicos del control del SIDA; y comprender su función como espacio para el diálogo con movimientos sociales organizados.

Para realizar esta tarea, (a) analizamos varios documentos oficiales relacionados con la presentación pública del CNAIDS, con las normas internas de conducta y con el registro de los temas y procedimientos de las 63

reuniones mantenidas desde 1986; (b) entrevistamos el Jefe del Programa del SIDA, el Secretario ejecutivo del comité y algunos de sus miembros más antiguos; y (c) recogimos declaraciones sobre el comité por parte de todos sus miembros.

Los resultados (Spink, Galindo y Garcia, 2003) se presentaron inicialmente a todos los miembros del comité para que se pudieran incorporar correcciones y sugerencias al análisis. En una segunda ronda, el Jefe del Programa y uno de los miembros de más antiguos presentaron el informe en una reunión convocada especialmente para este objetivo. Esto, a su vez, llevó a una propuesta de reestructuración del comité.

Esto es un ejemplo de una investigación de intervención en el campo de la política sanitaria que ilustra las múltiples formas de práctica abiertas a los psicólogos (y otras profesiones sanitarias) a parte de la experiencia técnica estrictamente definida.

#### **Viejas demandas y nuevas tensiones: ¿la salud como un derecho, o la salud como un deber?**

Muchos autores contemporáneos han debatido los cambios que se están produciendo en la biopolítica como resultado del creciente énfasis en la salud promocional a partir de la segunda mitad del siglo XX. Por un lado, se han perdido los vínculos que conectaban la salud individual - especialmente la reproducción - y la calidad de la raza o Nación, basándose en un tipo de biopolítica asociada a la eugenesia. Por el otro lado, encontramos la longevidad, y ya no morbilidad, que define la salud de la población. La longevidad está asociada a las mejores condiciones de vida, así como con los avances en tecnología médica y, como tal, es principalmente un problema en los países desarrollados. Sin embargo, también es un problema para países como Brasil, donde la pobreza relacionada con las enfermedades todavía no está bajo control.

Aunque la salud promocional todavía está enfocada a la "salud de la Nación", ya no es una cuestión de las consecuencias de la mala salud para la defensa territorial de las conquistas. Ahora las consecuencias se expresan en términos económicos relacionados con los costes de una mala

salud, de los días de trabajo perdidos, el coste de un seguro de salud o, incluso, en términos locales, es decir, la necesidad de reducir las desigualdades en estado de salud (Rose, 2007, p. 63).

Estos nuevos enfoques siguen relacionados con el gobierno de la vida. Sin embargo, este tipo de gobierno de la vida ya no está relacionado con el control externo de lo indeseable desde una perspectiva de la vitalidad de la población o raza. Los modos modernos de la función biopolítica funcionan en la base de la administración del riesgo (Castel, 1987; Rose, 2007; Spink, 2001): un conjunto de "formas de pensar y de actuar que implican cálculos sobre los futuros probables en el presente seguidos por intervenciones en el presente para controlar aquel futuro potencial" (Rose, 2007, p. 70).

Esta estrategia sigue basándose en los principios de seguridad, pero ya no en una mera distribución de los costes de acontecimientos adversos, como los accidentes, las enfermedades y la muerte. En la salud promocional, existe una expectativa de eliminación de riesgos mediante medidas anticipatorias, como los reconocimientos clínicos cada vez más sofisticados o la adopción de estilos de vida que promueven la salud. Dichas expectativas requieren una exacerbación de los procesos de individualización, heredados de la cristiandad, que Foucault ha denominado el "poder pastoral".

La metáfora pastoral es útil para comprender un tipo de poder que puede articular disciplina y biopoder; por lo tanto, es concomitantemente colectivista (dirigido al rebaño como conjunto) e individualizado (dirigido a cada oveja). Una forma de poder que ya no está controlada sólo por la compleja red de leyes, agencias gubernamentales, instituciones de investigación y comités de regulación, que está administrada por cada uno de nosotros en nuestras relaciones con los especialistas del soma: doctores, profesionales sanitarios (incluidos los psicólogos) y ayudantes personales de varios tipos.

En este nuevo sentido, la salud solicita una intensa participación personal. Cada uno de nosotros debe responsabilizarse de su bienestar. Este argumento está basado en dos

aspectos separados de nuestra relación con los sistemas de asistencia sanitaria, uno de ellos relacionado con las ventajas en el campo de los derechos, y el otro relacionado con las recientes transformaciones en las tecnologías médicas.

Históricamente, la salud se ha convertido recientemente en un derecho. Durante mucho tiempo, la Medicina curativa excluía gran parte de la población: para los ricos, los más avanzados diagnósticos y tecnologías de asistencia; para los pobres, las Santas Casas, la caridad o nada. Fue como parte integrante de los movimientos sociales derivados de las precarias condiciones de trabajo en el capitalismo industrial que se organizaron los servicios sociales para todos. Por lo tanto, el acceso a los servicios sanitarios se puede contemplar como una conquista de los movimientos populares como respuesta a sensibilidades más contemporáneas en relación con las desigualdades. Un derecho que, como hemos visto, no se consiguió hasta hace poco en Brasil con la creación del SUS en 1990.

Sin embargo, a medida que las condiciones de vida mejoraron, y con un mejor control de las enfermedades infecciosas que mataban tanto en los países más pobres, otros males se hacían epidemiológicamente relevantes. A medida que la media de vida aumentaba, también lo hacía la prevalencia de las enfermedades crónicas: enfermedades cardíacas, diabetes, accidentes vasculares cerebrales (apoplejías) y los muchos problemas degenerativos que afligen a la gente mayor. Para afrontar este escenario cambiante, las estrategias de prevención fueron de gran importancia. Ciertamente es que la prevención, de muchas formas, siempre ha estado presente en las prácticas populares y especializadas. Por ejemplo, era central para el sistema propuesto por Leavell y Clarke en 1965 para una clasificación de tres niveles: prevención primaria, secundaria y terciaria. Pero es en relación con la prevención primaria que hemos observado una reconfiguración del discurso sanitario desde los 70.

Se trata de una narrativa con largos hilos, que se remontan al Informe del Ministro de Salud de Canadá, Lalonde, publicado en 1974, y a la famosa Conferencia de Alma Ata en 1978. En la actualidad, el énfasis en la promoción está

bien establecido y ha incorporado concepciones modernas de administración y control social. Según Marcia Westphal (2006), esta visión moderna de la promoción está basada en cinco principios: (1) un concepto holístico de la salud que está basado en la multicausalidad del proceso salud/enfermedad; (2) equidad como una forma de enfrentarse a las desigualdades estructurales que llevan a la diferente distribución de los determinantes sanitarios; (3) intersectorialidad como un modo de afrontar la complejidad del proceso salud/enfermedad; (4) participación social en la definición de políticas, control social y evaluación de prácticas y servicios, y (5) sostenibilidad para garantizar la continuidad.

Sin duda, es una postura políticamente correcta. Sin embargo, no es impermeable al criticismo por ser demasiado prescriptivo en relación con los estilos de vida que se consideran positivos para la salud, y por reforzar la responsabilidad individual con la salud, vaciando de algún modo la función del Estado. Por encima de cualquier posible criticismo, la salud promocional parece inaugurar una modalidad de biopolítica que ya no tiene en vista la población como un todo. Actualmente, la salud se reconfigura en términos económicos (coste de los días laborables perdidos; coste del apoyo de la seguridad social) o en términos morales (la imperativa contemporánea de la reducción de las injusticias en el campo de la salud). En esta nueva modalidad, el Estado mantiene las tareas tradicionales en relación con la población como un todo: la distribución del agua, las condiciones de salubridad, el control de los medicamentos y la comida, etc. Pero la responsabilidad de mantener cada miembro de la población, adquirida en la modalidad del "estado del bienestar", se suele transferir. En este nuevo escenario, típico de las economías neoliberales, cada individuo es responsable de su salud. Los derechos se convierten en deberes: el deber de tener salud.

Además, la transferencia de la responsabilidad de la salud de cada uno de nosotros, fomentada por repertorios morales y económicos, crea una espiral que amplifica el mismo significado de salud (Spink, 2007b). Una espiral que se ve alimentada por la representación selectiva de información

inspirada por los valores actuales de la comunicación. Esta amplificación se puede comprender mejor desde la perspectiva de los nuevos deseos fomentados por las novedosas tecnologías médicas, a las que muchos autores contemporáneos se refieren como las "tecnologías de la vida": por ejemplo, la biotecnología moderna y su arsenal de tecnologías de diagnóstico que reconfiguran los procesos vitales y, por lo tanto, nuestras perspectivas sobre nuestra relación con nuestro cuerpo.

Existen dos dimensiones importantes en esta reconfiguración: la mejora y la susceptibilidad individual. La susceptibilidad, según Nikolas Rose (2007), implica la identificación y el tratamiento de problemas basándose en la probabilidad de futuras ocurrencias. Ya no implica el reconocimiento de factores de riesgo sobre la base de correlaciones, sino la identificación de variaciones genéticas precisas que pueden llevar a ciertas enfermedades. Implica traer futuros probables al presente. La mejora también está orientada en el futuro: cualquier capacidad de un cuerpo o alma es susceptible de ser mejorada mediante intervenciones tecnológicas. Piense en los récords deportivos que se han batido con la ayuda de sustancias químicas o el uso de prendas especiales. Y estas intervenciones ya no están destinadas a los "pacientes"; se dirigen a "usuarios" que toman decisiones basándose en deseos que se pueden considerar triviales o irrelevantes y ya no están formadas por el asesoramiento médico, sino por el mercado y la cultura del consumo.

Ahora, la salud debe imaginarse desde el punto de vista de la etopolítica. El ideal de salud, a mediados del siglo XIX, estaba atado a temas de gubernamentalidad: una población saludable formaba parte de la riqueza del estado. Esta ética se ha visto reconfigurada por la proliferación de derechos, así como por los nuevos deseos de salud fomentados por el mercado biomédico. Existen deseos que surgen de necesidades personales, pero también configuran nuevas biosocialidades (Rabinow, 1996), como en el activismo en el escenario del SIDA o los muchos grupos de defensa que luchan por los derechos de los pacientes.

Se trata de una ética en la que la maximización de los estilos de vida saludables

y la calidad de vida se han convertido en algo obligatorio. Por cierto, el estilo de vida no está circunscrito al campo de la salud. Según Luiz Castiel y Carlos Diaz (2007), la noción se ha utilizado en Sociología durante mucho tiempo; se puede seguir la pista hasta Max Weber y, más recientemente, hasta la teorización de Pierre Bourdieu sobre el habitus. En Sociología, sin embargo, la noción se refiere a estilos de vida típicos de ciertos grupos en una población. Son categorías colectivas que, a finales de la modernidad, según Anthony Giddens (1991), han pasado a aplicarse a individuos desterritorializados por procesos de globalización. Para Giddens, los estilos de vida se pueden definir como "un conjunto más o menos integrado de prácticas que adopta un individuo, no solo porque dichas prácticas satisfacen necesidades utilitarias, sino porque dan una forma material a una narrativa concreta de auto-identidad" (Giddens, 1991, p. 81).

Obviamente, desde un punto de vista individualista, los estilos de vida implican elecciones - cuando las elecciones son posibles; existen casos en los que, a causa de la privación económica y la exclusión social, no se puede elegir. En estas situaciones, no se puede considerar a la gente responsable de su estilo de vida. Pero cuando no hay necesidades extremas, las connotaciones moralistas y los juicios entran en acción y el "patrón más aceptable es el del agente racional que evalúa, sopesa y decide sus acciones en términos que teóricamente se pueden hacer objetivos al abrigo de los cálculos del coste-beneficio" (Castiel; Diaz, 2007, p. 85).

Es en este marco individualista que se importó la noción de estilo de vida en el campo de la salud y obtuvo un nuevo significado, el de la habilidad que tenemos todos de tomar decisiones racionales sobre lo que comemos y bebemos, el ejercicio que realizamos o no y las sustancias tóxicas que consumimos. Y se penaliza o se recela de quienes no se adhieren, quienes no toman una postura prudente en vistas del futuro.

La investigación, en este contexto, puede ayudar a comprender este otro lado de la salud promocional. Este ha sido el caso con un estudio reciente mío en el contexto de las medidas actuales para poner freno al uso del tabaco para poder explorar los significados

que quienes fuman dan al hecho de fumar, y la forma en la que se vive la presión por dejar de fumar. Basado en 50 entrevistas llevadas a cabo con diferentes segmentos de la comunidad de una universidad en São Paulo (profesores, oficinistas, empleados externos, estudiantes universitarios y postgraduados), el análisis se centró en tres aspectos: por qué la gente fuma, la ambivalencia entre el placer y los riesgos asociados con el tabaco y las experiencias de los fumadores. Concluye que en una perspectiva de la salud pública es imperativo informar al público de los riesgos asociados con el tabaco, confrontar los efectos de las enfermedades con la seducción del marketing de los cigarrillos por parte de la industria y ofrecer modos de abandonar el tabaco. Sin embargo, también es necesario comprender el punto de vista de los fumadores, para quienes el tabaco todavía es una droga legal que proporciona muchos efectos positivos pero que causa una dependencia física y psicológica; como tal, quienes desean dejar de fumar, se enfrentan a muchas dificultades. Este escenario de grandes dificultades plantea la cuestión de si el hecho de fumar se puede clasificar como un estilo de vida arriesgado, para el cual podrían ser pertinentes propuestas de reducción de riesgo.

### **Observaciones finales: ¿qué tiene que ver la Psicología (social) con todo esto?**

Esta nueva conciencia sobre cómo deberíamos dirigir nuestra relación con nosotros mismos y postular nuestra responsabilidad hacia el futuro, esta nueva configuración de ética y etopolítica, da lugar a nuevas formas de autoridades que ya no se limitan al campo médico - los especialistas del soma: terapeutas, consejeros, informadores (especialmente los medios) y todo-personal. Como psicólogos, formamos parte de estas nuevas autoridades del soma. Como psicólogos sociales afiliados a los aspectos críticos de la disciplina, tenemos la responsabilidad de comprender cómo estas nuevas modalidades biomédicas del cuidado afectan a las personas. Enfrentados a la capitalización de la Medicina, sería una ilusión creer que podemos cambiar la situación: después de todo, todos queremos longevidad con calidad. Pero no disponemos de las herramientas para seguir estos nuevos

desarrollos y autorizar a aquellos que tienen un menor acceso a estas nuevas tecnologías.

Como analista del discurso, atenta a las prácticas discursivas que circulan en el día a día, animo a los participantes del grupo de investigación sobre Prácticas discursivas a prestar atención a lo que sucede en las políticas sanitarias y a los repertorios que estas políticas ponen en circulación. Pero hay mucho en juego. El énfasis en la asistencia sanitaria primaria y en las formas de organización basadas en el trabajo en equipo en varias disciplinas ha abierto nuevos espacios para los psicólogos que, desde los 80, han entrado a formar parte de los servicios sanitarios en unidades de asistencia primaria y servicios especializados (como unidades de salud mental). Esto ha provocado cambios a nivel de formación y de los alumnos universitarios con el objetivo de revertir algunas de las características tradicionales de los cursos de Psicología en Brasil : sobrevaloración de la especialización en detrimento de la asistencia primaria; centrado en el cuidado individual; falta de experiencia de los equipos de prestación de asistencia; énfasis en la teoría con muy poca información sobre políticas públicas; resistencia a pensar en la administración desde una perspectiva de la participación. Para revertir esta situación, es necesario llevar a cabo una acción en varios frentes, especialmente en relación con un mínimo de cuatro temas importantes: (a) crear espacios para debates etopolíticos en relación con las posturas personales contemporáneas; (b) inculcar una perspectiva multidisciplinar que pueda deconstruir las fronteras de conocimiento y promover el trabajo en equipo; (c) reincorporar las necesidades de los usuarios como punto central de las prácticas, romper la hegemonía de la especialización técnica; (d) repensar la promoción de la salud para dejar espacio para estrategias de reducción de riesgos para quienes eligen estilos de vida arriesgados.

## Referencias

- Antunes, Mitsuko (2003). *A Psicologia no Brasil: leitura histórica de sua constituição*. São Paulo: EDUC e UNIMARCO.
- Billig, Mike (1988). Methodology and scholarship in understanding ideological explanation. In C. Antaki, C. (Org.), *Analysing everyday explanation* (pp.199-215). London: Sage Publications.
- Bourdieu, Pierre (1994). *Structures, habitus and practices*. Cambridge: Polity Press.
- Burke, Peter.(2003).*Uma história social do conhecimento*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Campos, Gastão de S. (2003). *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec.
- Castel, Robert (1987). *A gestão dos riscos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Castiel, Luis David & Diaz, Carlos Álvarez-Dardet (2007). *A saúde persecutória*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Ewald, François (1986). *L'État Providence*. Paris: Éditions Grasset.
- Faleiros, Vicente de Paula, Silva, Jacinta de F.S., Vasconcellos, Luiz Carlos F. & Silveira, Rosa Maria G. (Eds). (2006). *A construção do SUS.: histórias da reforma sanitária e do processo participativo*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Fleck, Ludwig (1979). *Genesis and development of a scientific fact*. Chicago, USA: University of Chicago Press.
- Foucault, Michel (1970). *The order of things*. London: Tavistock Publications.
- Foucault, Michel (1977). *Nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, Michel (1978). *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, Michel (1982). O nascimento da medicina social. In R. Machado (Org.), *Microfísica do poder* (pp. 79-98). Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, Michel (2008). *Segurança, território, população*. São Paulo: Martins Fontes.
- Giddens, Anthony (1991). *Modernity and self-identity*. Cambridge: Polity Press.
- Ginzburg, Carlo (1983). *The night battles*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Law, John & Mol, Annemarie (Eds.). (2002). *Complexities: social studies of knowledge practices*. USA: Duke University Press.
- Mol, Annemarie (1999). Ontological politics: a word and some questions. In J. Law & J. Hassard (Eds.) . *Actor Network Theory and After* (pp. 74-89). Oxford: Blackwell.
- Moscovici, Serge (1988). Notes towards s description of social representations. *European Journal of Social Psychology*, 18, 211-250
- Potter, Jonathan, Wetherell, Margaret, Gill, R., & Edwards, Derek (1990). Discourse: noun, verb or

- social practice. *Philosophical Psychology*, 3 (2), 205-217.
- Rabinow, Paul (1996). *Essays in the anthropology of reason*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rose, Nikolas (1998). *Inventing ourselves*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rose, Nikolas (2007). *The politics of life itself*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Rosen, George (1963). The evolution of Social Medicine. In H. E. Freeman, S. Levine & L. G. Reader (Orgs.), *Handbook of Medical Sociology*. New Jersey: Prentice Hall.
- Sato, Leny; Lacaz, Francisco A. C. & Bernardo, M. H. (2004). Psychology and the Workers' Health Movement in the State of São Paulo. *Journal of Health Psychology*, 9 (1), 121-130.
- Spink, Mary Jane P. (Org.). (1999). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teórico e metodológicas*. São Paulo: Cortez.
- Spink, Mary Jane P. (2001). Trópicos do discurso sobre o risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(6),1277-1311.
- Spink, Mary Jane P. (2006). Caminando sobre huevos: una reflexión constructorista sobre la investigación. *Athenea Digital*, 9, 168-183. Retrieved from <http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/266/266>
- Spink, Mary Jane P. (Org.). (2007a). *A Psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Spink, Mary Jane P. (2007b). A saúde na encruzilhada entre biopolítica e bioeconomia: reflexões sobre os paradoxos da "era dos direitos" na globalização hegemônica. In M. A Ribeiro, J. de S. Bernardes & C.E.Lang (Orgs). *A produção na diversidade: compromissos éticos e políticos em Psicologia* (PP. 55-74). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Spink, Mary Jane P; Galindo, Dolores, & Garcia, M. (2003). A Comissão Nacional de Aids: *A Presença do Passado na Construção do Futuro*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância de Saúde/Programa Nacional de DST e Aids.
- Teixeira, Sonia Fleury (Ed). (1989). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez.
- Tola, Florencia (2007). "Eu não estou só(mente) em meu corpo" - A pessoa e o corpo entre os Toba (Qom) do Chaco argentino. *Mana*, 13(2),499-519.
- Tsallis, Alexandra C., Ferreira, Arthur A. L., Moraes, Márcia O. & Arendt, Ronald J. (2006). O que nós psicólogos podemos aprender com a teoria ator-rede? *Interações*, 12(22),57-86.
- Westphal, Márcia (2006). Promoção da saúde e prevenção da doença. In : G.W. de S Campos, M. C. de S Minayo, M. Akerman, J.R.M. Drumond & Y.M. Carvalho, (Orgs.) *Tratado de Saúde Coletiva* (PP. 635-667). São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: FIOCRUZ.



#### MARY JANE P. SPINK

Mary Jane P. Spink es psicóloga social, profesora titular de la Pontificia Universidad Católica de São Paulo (PUCSP) e investigadora senior en el CNPq. Estudió Psicología en la Universidad de São Paulo y tiene un doctorado por la London School of Economics. Sus intereses de investigación se han centrado en psicología de la salud y la política de salud pública. Fue miembro del Comité Nacional sobre el SIDA desde 1994 hasta 2003. Es autora de numerosos libros y artículos que se enumeran en <http://lattes.cnpq.br/9915632947357389>.

#### DIRECCIÓN DE CONTACTO

[mjspink@pucsp.br](mailto:mjspink@pucsp.br)

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Setor de Pós-Graduação, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social. Rua Monte Alegre, 984. Perdizes. 05015-000. Sao Paulo, SP.Brasil

FORMATO DE CITACIÓN

Spink, Mary Jane P. (2010). Psicología social y salud: asumir la complejidad. *Quaderns De Psicologia*, 12(1), 23-39. Recuperado: dd/mm/aaaa, de <http://www.quadernspsicologia.cat/article/view/744>.