

# SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD: LA ESPERADA INCLUSIÓN DE LA SALUD MENTAL

*The Health care System: The Expected Inclusion of Mental Health*

Lic. Susana E. Morgado\*

## RESUMEN

En el presente artículo se comparten conocimientos alcanzados hasta el momento a partir de un proceso de investigación desde el marco disciplinar de la Psicología de la Salud, el cual aspira a visibilizar las atribuciones que la gente refiere sobre el derecho a la salud, sus servicios, creencias y expectativas, y las condiciones de acceso que hagan posible su ejercicio real en el ámbito del Gran Mendoza. Los conocimientos logrados en esta etapa permiten formular representaciones dominantes en usuarios, prestadores administrativos y profesionales de este escenario caracterizado por las expectativas y tensiones entre el reconocimiento de un derecho social y lo que acontece en el cotidiano devenir de las instituciones de salud y, particularmente, el discutido lugar y posicionamiento de la salud mental. En este estudio, se recogen datos que constituyen ejes para continuar con la profundización de un trabajo que pretende abrir paso a la reflexión y a la ejecución de acciones concretas que contribuyan a posicionar a la Psicología de la Salud como un verdadero campo de prácticas en el complejo ámbito de los servicios de salud.

*Palabras clave:* servicios de salud, derechos, expectativas, acceso, salud mental.

## ABSTRACT

In this article, knowledge reached so far is shared, based on a research process from the disciplinary framework of Health Psychology, which aims to make visible the attributions that people refer to the right to health, their services, beliefs and expectations and the conditions of access that make possible its real exercise, in the area of Gran Mendoza. The knowledge achieved in this stage, allows to formulate dominant representations in users, administrative providers and professionals in this scenario; characterized by the expectations and tensions between the recognition of a social right and what happens in the daily evolution of health institutions; and particularly, the discussed place and positioning of Mental Health. In this study, data are collected that constitute axes to continue with the deepening of a work that aims to open the way to reflection and the execution of concrete actions, which contribute to position Health Psychology as a true field of practice in the complex field of health services.

*Keywords:* healthcare, rights, expectations, access, mental health.

## INTRODUCCIÓN

El tema de investigación se enmarca en la disciplina Psicología y en la subdisciplina de la Psicología de la Salud, por cuanto es formulado a partir de los conceptos desarrollados por Marks (2008), quien refiere que la Psicología, por su naturaleza interdisciplinaria, debe aportar mayor énfasis a una perspectiva social que contribuya a solucionar los problemas de un mundo amenazado por sus propios logros industriales, científicos, tecnológicos, cambios económicos y sociales, que influyen de una manera determinante en el bienestar de los seres humanos. Se entiende entonces que la relevancia de las variables comportamentales y psicosociales en los problemas de salud resulta cada día más evidente; ambas se integran para dar cuenta de sus mutuas interacciones convocando a que los profesionales psicólogos se involucren, estudien y asuman roles de importancia en el desarrollo de técnicas y estrategias para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

La salud es un constructo complejo y polisémico del cual se derivan múltiples definiciones que, al considerar su evolución, hace posible encontrar en cada momento histórico valores, conocimientos y representaciones que lo configuran. De aquí entonces que, en las condiciones de salud o de enfermedad, en mayor o menor grado, siempre están presentes elementos de carácter psicológico. Cada paciente presentará su propia respuesta frente a estos estados, sus creencias y sus prácticas ante estas situaciones específicas; en ello también tiene un rol fundamental la acción institucional, con sus paradigmas, sus trabajadores y prestadores de los servicios que son ofrecidos, en pos de satisfacer sus requerimientos.

Desde este marco es que se asume el abordaje del fenómeno de la salud y los servicios de atención que se prestan para su cuidado, preservación, protección o para su recuperación en el área geográfica Gran Mendoza. A partir de la descripción de este sistema de servicios y las narrativas cotidianamente

construidas por sus usuarios y por quienes integran los equipos de salud, especialmente los profesionales psicólogos, se estima la posibilidad de acceder a un conocimiento más profundo en función de los acontecimientos dados en los contextos naturales; interpretarlos, relacionarlos y, a partir de este escenario, formular propuestas que resulten contributivas al desarrollo de políticas públicas en esta área del quehacer social.

Además, y siguiendo ejes conceptuales esgrimidos por destacados referentes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), como Etienne (2017) y Ghebreyesus (2018), los estudios y avances consolidados en el campo de las ciencias biomédicas y demográficas han hecho posible que a nivel mundial las personas dispongan de mejores medios para alcanzar adecuados niveles de salud. No obstante, los reportes de una sostenida morbilidad y los insuficientes recursos en el campo de la salud en muchos países ponen de manifiesto que hay abundantes espacios y temáticas para indagar, conocer y proponer intervenciones a los fines de subsanarlos.

Uno de los cuestionamientos que se formula en modo recurrente en relación con esto es cómo comprenden y emplean las personas la información técnica o específica que reciben para adoptar posteriormente decisiones claves que impactan en sus vidas y en las de sus familias (Rovere, 2011). O por qué algunos programas de promoción y/o de atención en salud tienen éxito en tanto que otros fracasan; o aun admitiendo los beneficios de propuestas tempranas de detección, estas terminan por ser poco utilizadas, conllevando esto a que muchas personas padezcan enfermedades crónicas, o encuentren limitaciones para el acceso a un tratamiento. Siguiendo estos conceptos, resulta también de interés cuestionar acerca de cómo es que se moviliza una comunidad frente a un problema sanitario prevalente.

En función de este eje y a partir de las reflexiones de Morales Calatayud (2014), se entiende que tanto el buen estado de salud



como la enfermedad pueden asociarse a diversas causas, entre las que se cuentan las de carácter social y las relativas al comportamiento. En este sentido, a pesar de reconocer que todas las enfermedades están sujetas a determinaciones multidimensionales, son las propias del ambiente social y las psicológicas las que pueden resultar más relevantes en la etiología y hasta en la evolución de algunas más que en otras. Es sobre estas dimensiones donde le cabe prioridad a la psicología para ocuparse de ellas. En este contexto y pensando en la importancia de la prevención como acción emergente del sector sanitario y que considera a los individuos y a las poblaciones como expuestas a factores de riesgo identificables, y que con frecuencia suelen estar asociados a comportamientos que los favorecen, resulta una condición propiciadora para las intervenciones desde el campo de la psicología, las que podrían considerarse estratégicas en tanto que contributivas de la

prevención de enfermedades a partir de la reducción o eliminación de aquellos comportamientos que exponen a las personas a enfermarse, así como de la promoción de la salud, cuyo objetivo primordial es la labor acerca de la adquisición y el mantenimiento de comportamientos saludables (Amigo, Fernández y Pérez, 2009, citados por Zapata Salazar, 2016). Así también, no descuidando la multicausalidad en este interjuego que incide en los procesos de salud-enfermedad, es preciso considerar como factores de fuerte incidencia el funcionamiento, los recursos y la dinámica del sistema de servicios de salud al que acuden las personas.

No obstante todo ello, y en consonancia con los conceptos desarrollados por De Lellis (2006), la salud mental históricamente ha sido concebida en forma disociada a los programas, servicios y recursos del sistema de salud en general, quedando segregados a

ámbitos de atención confinados (hospitales monovalentes, peyorativamente conocidos como «manicomios»). Se postula hablar de «lo mental» en la salud en pos de generar espacios donde las contribuciones profesionales de los psicólogos pueden ser de cabal importancia en las crecientes problemáticas sanitarias; implicando esto la ampliación de oportunidades de inserción en nuevas instituciones o ámbitos comprendidos en el sistema de servicios de salud.

Por ello, no es erróneo sostener que quizás la Psicología de la Salud sea más reconocida en los ámbitos académicos que en los sistemas y servicios de salud, donde también resulte ser la representación que más influya en sus decisores a la hora de valorar el contenido de los cargos de profesionales psicólogos y de aquellos espacios institucionales que deben ocupar, estableciendo así un límite considerable a las acciones que, desde esta disciplina, se pueden desplegar en beneficio de la salud de las personas y de las instituciones que conforman.

De aquí entonces, la relevancia de plantear un análisis desde la Psicología, puntualmente desde la órbita disciplinar de la Psicología de la Salud, cuyas incumbencias de trabajo van más allá de la denominada «enfermedad mental», pero que encuentra el problema de no haber consolidado su merecida expansión.

## OBJETIVOS

**General:** posicionar a la Psicología de la Salud como campo de conocimientos y de prácticas de verdaderos aportes preventivos y promocionales en salud para el avance y optimización de los servicios propios del sistema sanitario en el Gran Mendoza.

**Específico:** explorar los fenómenos de posibles incidencias en el devenir entre discursos sociales prevalentes acerca del derecho a la salud y el acceso real a los servicios que tienen por misión garantizarlo.

## METODOLOGÍA

El presente trabajo constituye la segunda etapa de un estudio, cuya primera fase respondió a una finalidad exploratoria y descriptiva y que, por cuestiones operativas del momento, solo pudo encararse en sectores privados y de seguridad social del Sistema de Salud del Gran Mendoza. En esta segunda instancia, se tomaron como unidades de análisis actores del sector público, siguiendo una metodología cualitativa de diseño narrativo. La recolección de datos fue a partir de técnicas: observación participante, entrevistas semiestructuradas y en profundidad. Se mantuvo el eje de análisis en torno al alcance de saturación teórica en función de las narrativas expresadas por los participantes.

## RESULTADOS

En esta instancia se comparten resultados preliminares de este estudio, los que fueron posibles a partir de la administración de las técnicas señaladas a personal administrativo, enfermeros, agentes sanitarios y usuarios: veintitrés participantes de 25 a 54 años; profesionales y directivos: diecisiete participantes de 35 a 61 años de centros de atención primaria de la salud, emplazados en los departamentos de Luján de Cuyo, Maipú, Godoy Cruz y Guaymallén del sector público del Gran Mendoza.

Mediante el análisis de datos, y siguiendo la línea descriptiva de la primera fase, se delimitaron las categorías conceptuales: accesibilidad, atribuciones sociales y calidad de atención. En este marco indagatorio, y a partir de un estudio de contenido y de estructura representacional, dominan narrativas que en términos más específicos pueden describirse aludiendo a perspectivas propias de usuarios y de profesionales; así también a puntos de convergencia que se dejan interpretar a partir de sus relatos.

Así, entre usuarios y en relación con el eje categorial «acceso», tomaron relieve afirmaciones acerca de:

- razones de uso del servicio (por razones geográficas y económicas),
- demoras entre la solicitud de turno y ser atendido,
- turnos con especialistas (tarea difícil por falta de profesionales y/o por saturación de turnos),
- servicios de salud mental (insuficientes, inaccesibles),
- tiempos de espera en sala (importantes brechas de tiempo).

#### Acerca del eje «atribuciones sociales»:

- problemas de salud prevalentes que promueven al uso de servicios de salud (causas de malestares físicos, orgánicos),
- búsqueda de atención (toda vez que se percibe que esto no puede controlarse por cuenta propia o cuando existe una enfermedad crónica que se reconoce y debe ser controlada).

En este orden y a partir de los relatos surge como información nueva (la cual es muy tenida en cuenta dado que se trata de un estudio caracterizado por seguir un proceso multicíclico):

- prevención en salud (valorada pero no puesta en práctica),
- servicios de salud mental (muy importante pero insuficiente en recursos humanos formados en este campo),
- trato personal de administrativos y profesionales (la cuestión de falta de un «trato humanizado»).

Así, por ejemplo, se refirió:

*... es necesario que demuestren que tratan a una persona... no a un síntoma o a una enfermedad... Quien tiene este trato sabe escuchar y encuentra el mejor modo de comunicarse con quien le consulta. Para ejercer este trato, los profesionales deben ser formados desde el inicio de su carrera en este aspecto, ...especialmente los médicos.*

En cuanto al eje categorial «calidad de atención», además de la emergencia del concepto destacado anteriormente, la frecuencia argumentativa también aportó nueva información que hizo meritorio ahondar en su exploración:

- concepto de urgencia y qué respuesta hay del servicio al que se acude (asociada a un inminente riesgo de muerte –crisis a nivel orgánico o físico–. No entran en consideración, riesgos o daños de tipo psicológico. El nivel de respuesta que ofrecen los servicios es de alta efectividad),
- actitudes de discriminación (hacia personas de condición socioeconómica y/o cultural baja, también hacia algunos extranjeros. Se destacan como autores prevalentes de estas actitudes a profesionales médicos y en segundo lugar al personal administrativo).

Recurrencia en afirmar que:

*... cuando un médico discrimina es porque no tiene vocación, tiene que cambiar de profesión...*

En términos generales, y tomando además los antecedentes de resultados alcanzados en la primera etapa de este estudio, es posible establecer atributos negativos y positivos acerca de los tres subsectores que conforman el sistema de servicios de salud en el Gran Mendoza; ninguno parece superar al otro.

«Aspectos desfavorables»:

- el sistema de asignación de turnos,
- concreción de la asistencia,
- dificultades de acceso a especialidades médicas,
- profesionales con baja capacidad de «escucha»,
- baja asertividad, que asocian a dificultades de adherencia a los tratamientos,
- importante recurrencia acerca de la falta de un trato humanizado,
- el problema de las prestaciones gratuitas a extranjeros y el modo en que debería replantearse el circuito de atención,
- cuestionamientos sobre el lugar que le cabe a la salud mental, y el impacto de estrategias preventivas y promocionales en salud.

Así por ejemplo:

*... al personal de salud (todos) le falta mucha formación en este aspecto. En el devenir de la asistencia... este aspecto no es tenido muy en cuenta... tendría que ser un tema central en la asistencia que se recibe...*

*A veces los médicos solo responden cuando se les pregunta, pero no surge de ellos explicar. Yo me hago controles porque otras personas me lo sugirieron, pero no porque haya surgido de la iniciativa del profesional...*

Entre los «aspectos positivos» se destacaron conceptos acerca de:

- *buen plantel de profesionales desde la perspectiva de saberes y experiencias (condición que explica por qué acuden a la provincia usuarios de otras regiones del país y/o del exterior),*
- *la factibilidad de seguro social que tiene convenios con otras instituciones prestadoras a las cuales se puede acudir,*
- *el óptimo nivel de respuesta con que se procede ante una urgencia, especialmente en el sector público.*

Entre quienes son prestadores (en general) hicieron relieve afirmaciones en relación con:

- *falta de insumos sanitarios que mejoren sus servicios, lo que impacta en otras áreas relacionadas (laboratorios o ámbitos de prestaciones complementarias),*
- *periódica falta de medicamentos esenciales para subsanar de primera instancia alguna dificultad,*
- *importancia de disponer de tiempos para la capacitación que promueva y fortalezca el trabajo en equipo.*

Especialmente, entre los profesionales de la salud pudieron advertirse convergencias acerca de:

- *la valoración de programas de prevención y promoción de la salud (aunque no se concrete en el orden práctico, muchas veces por causas presupuestarias),*
- *existencia de programas que oscilan entre el éxito temporal y el fracaso,*
- *reconocimiento de la importancia del espacio «PSI» en el sistema de salud (se advierten falencias por falta de recursos humanos en el sector público).*

Entre los profesionales, psicólogos específicamente, reconocen:

- *no tener lugar legitimado en tanto agentes de prevención y promoción de la salud,*
- *funciones que quedan acotadas a la patología mental.*

En general, y como instancias que dieron lugar a la posibilidad de esta información, pueden señalarse algunas limitaciones como:

- *necesidad de hacer serios ajustes a los tiempos reales de cada institución,*
- *burocracia administrativa.*

Así también, a los «alcances valorados», como:

- *las posibilidades de acceso a instituciones de salud pública,*
- *la valoración por parte de los participantes (en forma unánime) acerca de la importancia de este tipo de estudios.*

Se entiende que han podido detectarse cuestiones centrales en torno a atribuciones que la gente realiza acerca del sistema de servicios de salud con que cuenta (usuarios), o de aquellos donde trabajan como prestadores (administrativos, técnicos y profesionales), también en relación con la asequibilidad de tales servicios, coincidentes con las halladas en estudios exploratorios y descriptivos anteriores: existen atributos negativos y positivos que pueden destacarse en relación con los tres subsectores que conforman el sistema de servicios de salud en el Gran Mendoza, no hallando hasta el momento condiciones de superioridad de uno con respecto a otros.

Acerca de nueva información que ha sido posible recabar, siguiendo el lineamiento de preguntas de esta investigación, puede advertirse una suerte de desencuentro entre las atribuciones y el uso efectivo que realizan los usuarios en cuanto a estrategias de promoción y educación para la salud en las prácticas de salud en general. Si bien se reconoce la existencia de programas y proyectos orientados en este sentido, y se valora su importancia a la hora de pensar en la prevención, se admite el no seguimiento de sus premisas. O, en caso de seguirlas, no se sostienen en el tiempo.



Se trazan hipótesis en este sentido asociadas a probables dificultades de ajuste entre contenidos de mensajes y población destinataria; posible inadecuación de los tiempos o momentos en que son propuestos; fallas de comunicación hacia el interior de los equipos de profesionales que pueden traer aparejados inconvenientes al momento de implementar una estrategia de prevención o de promoción en salud en la comunidad.

Dada su recurrencia, el tema de mayor interés señala al campo de la salud mental, donde también se hace referencia a su capital importancia como servicio en salud por parte de los usuarios, pero que no es tenido en cuenta al momento de una potencial consideración en caso de consulta o de una urgencia. En este sentido, se especula en razones explicativas acerca de la falta de tangibilidad o de verificación concreta y directa, como la tiene cualquier otro registro orgánico o físico. O porque aún persistan representaciones sociales ligadas a prejui-

cios, o a temores anticipados acerca de estigmatizaciones que puedan acompañar a toda consulta en los ámbitos «psi».

También hay quienes sostienen una falta de recursos humanos formados en este campo, o refieren a un reducido número disponible en los servicios (especialmente en el sector público). Este último argumento habilita a plantear que se trataría de aquellos usuarios que sí los han requerido por cuestiones personales directas, o por algún familiar, y que han experimentado esta dificultad de acceso. O bien, que no habiendo necesitado de este tipo de servicios, exista la representación social de que hay quienes en la comunidad estarían requiriendo de estas asistencias: niños/as, adolescentes y jóvenes («... *dadas las condiciones actuales del mundo...*», según argumenta una de las personas entrevistadas).

Resultan prevalentes las afirmaciones que sostienen que el ámbito «psi» es para quienes

«han perdido el horizonte», están enfermos, y que se trata de la especialidad a la que se acudiría como última alternativa.

Esta nueva información obtenida habilita al planteo de una siguiente etapa de investigación, la cual estará directamente vinculada a continuar con intervenciones en el campo, en tanto se valora la necesidad de conocer la situación actual de los profesionales de la psicología en efectores de salud del Gran Mendoza, y en estrecha relación con los argumentos previamente desarrollados. Se entiende la importancia de profundizar en las posibles explicaciones que puedan atribuirse en relación con los devenires entre discursos sociales prevalentes y las condiciones de acceso (o no) a los servicios; los factores que puedan estar incidiendo en el éxito o fracaso de propuestas de prevención de enfermedades y promoción de la salud y la posición, rol y funciones reales que tienen los profesionales de la salud mental en el sistema de servicios para el despliegue de sus prácticas en este sentido.

Asimismo, hay lugar para nuevos cuestionamientos que propicien apertura hacia otros campos del saber directamente implicados en el análisis, comprensión y explicación de procesos de salud-enfermedad, y todos los factores que directa e indirectamente ejercen su incidencia sobre estos fenómenos, tales como el campo de la sociología, la antropología, la epidemiología, así como otras ramas disciplinares de la psicología, aportes que harán posible un enriquecimiento del estudio en vigencia.

## CONCLUSIONES

A partir de lo recabado hasta el momento, se reconoce entonces un desacople entre atribuciones, expectativas y uso efectivo en relación con los servicios de salud que abre paso a la hipótesis sobre el ejercicio de derechos; la capacidad de los profesionales para ir más allá de la detección de signos y síntomas al momento de la consulta; la distribución estratégica de los recursos; la valoración que

se otorga a los espacios de capacitación y al trabajo en equipo. Así también, la dinámica puesta en juego en este esperado encuentro entre las personas y los servicios a partir de su circulación en las instituciones como elemento facilitador u obturador.

Además, la puesta en valor que merece el espacio «psi» en el ámbito de la atención en salud; los comportamientos de las personas frente a intervenciones preventivas y promocionales y, particularmente, el lugar que le compete a la Psicología de la Salud como área disciplinar de injerencia.

Estos planteos, convocan a volver sobre reflexiones ya aportadas por Mucci y Benaim (2005, citado por Morales Calatayud, 2012), quienes dan cuenta de trabajos de interés acerca de definiciones que ponen de relieve, en la Psicología de la Salud, su carácter de «modelo en progresiva construcción, campo de conocimiento y prácticas relacionadas con los factores biopsicosociales implicados en la salud-enfermedad»; quienes, además, según destaca el autor, alertan acerca de la necesidad de hacer defensa del concepto de esta disciplina con énfasis en aspectos preventivos y promocionales en salud, así como su distanciamiento del modelo médico restringido, dejando en claro el rechazo por la histórica tendencia a definir la Psicología de la Salud como una parte de la Psicología Clínica, «en una Psicología Clínica y de la Salud» (Piña, 2003, citado por Morales Calatayud, 2012).

Además, el autor enriquece estos conceptos añadiendo que en América Latina se han apreciado los intereses por vincular a la psicología a la actividad y el pensamiento en salud pública, por lo que son temas que deben ser estudiados por quienes investigan en el propio campo de la psicología latinoamericana, especialmente para contribuir al avance de esta disciplina sobre los servicios de salud concretos.

Constituyen sólidos fundamentos para sostener estos conceptos las limitaciones

de argumentos puramente biologicistas acerca de la salud, en tanto han demostrado estrechez al momento de dar cuenta de fenómenos que cada vez se presentan más asociados a condiciones socio-históricas en las que devienen las vidas de las personas que enferman, sanan o mueren. En el tiempo, se ha demostrado con firmes evidencias que los procesos de salud-enfermedad tienen un carácter social, dada la naturaleza de sus condicionantes, y por involucrar situaciones complejas que ameritan el abordaje transdisciplinar en el que el aporte de saberes múltiples hace posible comprender y explicar estos fenómenos. Se entiende entonces que, a partir de estos enfoques micro y macrosociales, es posible incorporar a estos procesos dispositivos de atención y de cuidado y el análisis de factores en juego de carácter político, económico, cultural e histórico-social toda vez que se trate de pensar en programas y servicios de salud, en áreas de gestión en el ámbito estatal y privado, en estrategias integrales de cuidado y atención, el ejercicio de los profesionales en este campo y, en lo particular, en el campo de la salud mental.

Entonces, en relación con los servicios de salud, el acceso y las narrativas que circulan entre todos sus protagonistas, según expertos en el tema, quedaría un camino por seguir trazando y sobre el cual avanzar, que tiene que ver con ampliar una perspectiva que resulte holística e integradora, situando a las personas como centro de los procesos de salud-enfermedad, como sujetos activos con capacidad para construir su propia salud, asumir su cuidado, tomar decisiones dinámicas para su recuperación y participar en su comunidad para reducir los riesgos y afianzar entornos más saludables (Morales Calatayud, 2014). Se postula desde esta perspectiva que son metas que bien pueden ser instauradas desde estrategias preventivas y promocionales en salud, las cuales son inherentes al trabajo de la Psicología de la Salud y que, por cierto, como se viene sosteniendo, parece encontrar al momento algunas limitaciones para

consolidar estas prácticas reales y directas, que obturan su lugar y posicionamiento en los sistemas de servicios de salud; lo cual, por otra parte, es preciso revertir si es que se pretenden avances en relación con los argumentos esgrimidos en la Ley Nacional de Salud Mental nro. 26.657.

## DISCUSIÓN

Como se sostuvo precedentemente, resultan suficientes los argumentos que habilitan al planteo de una siguiente etapa de trabajo de esta investigación y para intervenir en el campo, por cuanto son aspectos que configuran un lado oscuro e incierto acerca de la potencial inserción del psicólogo en este ámbito y que hacen meritorias la continuidad y profundización en estudios sobre la materia.

Por otro lado, se valora la posibilidad de avanzar en delimitaciones más específicas acerca de cuestiones centrales como en qué tipo de instituciones de salud se presentan en forma prevalente los fenómenos relatados por los usuarios, o aquellas afirmaciones hechas por los prestadores de servicios, y en qué grado puede estar incidiendo la presencia o ausencia de profesionales de la salud mental en los equipos de salud.

Así también, y a los fines de destacar la pertinencia y continuidad del presente trabajo, se considera de interés mencionar los conceptos de Saforcada (2012), quien sostiene la necesidad de contribuir a la formación del psicólogo en el terreno sanitario, dada la complejidad del ámbito de la salud en Argentina a partir de factores psicosocioculturales dominantes y procesos que pueden afectar negativamente en la calidad de vida de las personas; la existencia de subsistemas de servicios de salud: público - privado y de seguridad social; la priorización que se establece en la formación de los profesionales para el sector privado, que estaría incidiendo en carencias de conocimientos y habilidades necesarias para el desempeño profesional en un ámbito tan específico y con sus

demandas particulares, como es el sector público (relacionadas con destrezas para planificar, ejecutar y evaluar programas de salud); las tendencias hacia una formación reduccionista del futuro psicólogo, que dificultaría su posterior integración en equipos multidisciplinarios de salud. Hay lugar desde esta perspectiva para indagar acerca de creencias, representaciones dominantes en docentes y estudiantes de las instituciones formadoras en relación con la vinculación real que se establece con este escenario y su complejidad, los saberes y las prácticas que se promueven en este sentido.

Por otra parte, y preservando la visión holística que merece el tema, por cuanto se trata de un fenómeno de carácter sistémico, complejo y dinámico donde interaccionan factores sociales, económicos, culturales y políticos, y tal como se sostuvo en párrafos anteriores, merecen un tratamiento especial las perspectivas propias de otras disci-

plinas de pertinencia como la antropología, la sociología, la psicología comunitaria desde su estrecha relación con los postulados propios de la Psicología de la Salud.

Finalmente, siguiendo a Morales Calatayud (2012), quien retoma definiciones acerca de este campo, a partir de destacados autores de la década de 1980, refiere que sus aportes, con mayor o menor grado de generalización o precisión, son convergentes en orientar a los valiosos conocimientos que aporta esta disciplina para comprender los procesos salud-enfermedad y sus determinantes, como para dar debido fundamento a su praxis abarcadora en relación con los factores biopsicosociales implicados en tales procesos.

Se entiende entonces que los conceptos vertidos en el presente artículo orientan a la demarcación clara del área de vacancia y la pertinencia para formular propuestas de continuidad en la investigación.

## BIBLIOGRAFÍA

- De Lellis, M. (2006). *Psicología y Políticas Públicas de Salud*. Buenos Aires: Tramas Sociales.
- Marks, D., Murray, M. & Brian Willig, C. (2008). *Psicología de la Salud: Teoría, Investigación y Práctica*. México: Editorial Manual Moderno.
- Morales Calatayud, F. (2012). «Psicología de la Salud. Realizaciones e interrogantes tras cuatro décadas de desarrollo». *Psiencia*. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica. Vol.4 – Núm. 2 (pp. 98-107). Asociación para el avance de la Ciencia Psicológica. Buenos Aires. Argentina. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3331/333127382005.pdf>
- Morales Calatayud, F. (2015). «La Psicología y el campo de la salud: tensiones, logros y potencialidades de una relación esencial y necesaria». *Psiencia*. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica 7(1) 120-123. Doi: 10.5872/psiencia/7.1.0114 – Recuperado de: <http://www.psiencia.org/ojs/index.php/psiencia/article/view/156>
- Mucci, M. y Benaim, D. (2005). «Psicología y Salud. Calidoscopio de Prácticas Diversas». *Psicodebate* N°6. *Psicología, Cultura y Sociedad*. (pp. 123- 138). Universidad de Palermo. Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico6/6Psico%2009.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (2017). *Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos 2017*. Recuperado de: <iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34330>
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Nuevo compromiso mundial con la APS en la Conferencia de Astaná*. Recuperado de: <https://www.campusvirtualesp.org/es/nuevo-compromiso-mundial-con-la-atencion-primaria-de-la-salud-en-la-conferencia-de-astana>
- Rovere, M. (2011). *Redes en salud; los grupos, las instituciones, la comunidad*. Buenos Aires: Editorial El Ágora.

Saforcada, E. (1999). *Psicología Sanitaria: análisis crítico de los sistemas de atención de la salud*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Zapata Salazar, J. (comp.) (2016). *Fundamentos de Psicología de la Salud*. México: Pearson.