

“PREVENCIÓN EN INSTITUCIONES DE SALUD: UNA TAREA NECESARIA Y POCO RECORDADA.”

Bárbara Zas Ros.

Introducción.

La problemática salud/ambiente/desarrollo sustentable constituye el eje que permite acceder al bienestar general de la población. Por ello, se hace necesario un verdadero reconocimiento del manejo social de los riesgos ambientales para reconocer los impactos que producen sobre la salud individual y colectiva. (Salazar N, 1995)

Uno de los eslabones de la tan compleja cadena salud/ambiente/desarrollo sustentable está constituido por los ambientes laborales, donde los seres humanos desarrollamos nuestro trabajo, el cual consume una gran parte de nuestro tiempo diario. En la tan citada Agenda 21 se hace referencia entre los múltiples aspectos que se señalan a la importancia que tiene para el enfoque de desarrollo sustentable abordar ajustes y cambios a nivel de los entornos laborales, tanto por la relación que estos ejercen sobre la comunidad donde se encuentran insertados, como desde el beneficio e interés que tienen directamente para los trabajadores estos cambios en el conocimiento, protección y prevención de los riesgos laborales relacionados con el trabajo y su relación directa con el logro de una salud individual y colectiva.

Referirnos a salud de ambientes laborales nos acerca a una de las disciplinas más complejas que se encuentran aun en pleno desarrollo en el presente siglo: la Higiene Ocupacional, que se define como “la ciencia de la anticipación, reconocimiento y evaluación de riesgos y condiciones perjudiciales en el ambiente laboral, así como el desarrollo de estrategias de prevención y control, con el objetivo de proteger y

promover la salud y el bienestar de los trabajadores, salvaguardando también la comunidad y el medio ambiente en general”(Van der Haar R, Goelzer B, 2001, pág 14) La Higiene Ocupacional establece entre sus prioridades y enfoques: la anticipación, reconocimiento, evaluación, prevención y control, partiendo de un encuadre multidisciplinario de abordaje metodológico y operativo. Las acciones de prevención son sin dudas, esenciales, hoy no sólo el higienista ocupacional previene enfermedad, sino bienestar y calidad de vida en el trabajo. Especialmente importante resulta la inclusión de programas de prevención en vez de depender solamente de medidas de corrección y tratamiento.

Prevenir va siendo hoy lo más cercano a lograr las conductas prosaludables que mantendrán la existencia de la humanidad, promover salud, educar, serán algunos de los medios con que contamos para lograrlo. Estas son las razones que me llevaron a desarrollar este tema dirigido a un cuestionamiento inicial: “Si sabemos todo esto, ¿por qué ha sido tan olvidado el tema de la propia higiene ocupacional, y la prevención institucional hacia el interno de las propias instituciones de salud que se dedican precisamente a brindar servicios de salud? ¿Cómo lo podríamos abordar?”

Las instituciones de salud son unidades de prestación de servicios que es una actividad económica necesaria para el desarrollo de la sociedad. Las operaciones y procesos que se realizan en estas unidades implican riesgos para la salud de los trabajadores, dados por la presencia en el lugar del trabajo de agentes químicos, físicos y biológicos, de factores ergonómicos y psicosociales perjudiciales.

Desde una perspectiva de análisis centrada fundamentalmente (pero no únicamente) en la Psicología de la Salud y desde el encuadre particular de la prevención, trataremos de realizar una modesta propuesta metodológica que pudiera ser útil para todos aquellos que han olvidado y que ojalá algún día se acuerden que trabajar en salud, trabajar en instituciones de salud, conocer sobre salud, crear salud, no nos hace estar exentos de poseerla.

La Prevención.

Las Políticas de Salud en los últimos años, le han concedido un valor especial a las prácticas de Prevención, definidas sobre todo en términos de los necesarios cambios en los estilos de vida, los modos y modelos de funcionamiento social y por ende también institucional. Es difícil pensar en la prevención sin pensar en las transformaciones imprescindibles de estructura, pero sobre todo en los cambios de nuestros modos de pensar, de nuestros modelos teóricos de partida, de nuestras epistemologías, filosofías y hasta sistemas de creencias tan fuertemente arraigados. La *prevención* es sobre todo, definida como la protección contra los riesgos, las amenazas del ambiente, lo que significa, inevitablemente la acción mancomunada de las Instituciones de Salud, de las comunidades, y de las personas que más que integrarlas las instituyen (Calviño M, 1996).

En la Primera Conferencia Internacional de Promoción de Salud, realizada en Ottawa en 1986 con el patrocinio de la OMS se señala que es necesario facilitar el proceso según el cual se puede movilizar *“a la gente para aumentar su control sobre la salud y mejorarla...para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social... ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente”*. Para lograr verdaderamente esto es imprescindible comprender que el desarrollo de la Salud no se puede reducir a la lucha contra la enfermedad, a las prácticas clínicas tradicionales. La Prevención es un reto práctico, un reto social, pero al interno de las prácticas profesionales de la Psicología, un reto epistemológico. La Salud es tarea de todos, pero es también tarea en todos los espacios donde ella se favorece o se dificulta, se promueve o se aniquila. *Prevenir es no solo un modo de hacer, es un modo de pensar.*

Partiendo de estas consideraciones no es difícil comprender porque *“la Organización Panamericana de la Salud ha definido la promoción de la salud como el resultado de todas las acciones emprendidas por los diferentes sectores sociales para el desarrollo de mejores condiciones de salud personal y colectiva para toda la población en el contexto de su vida cotidiana”* (OPS. 1992. Pág. 1). Esto está directamente relacionado con las políticas de salud, las medidas ambientales, las instituciones de salud, las organizaciones comunitarias, y lógicamente con los individuos, con sus actitudes y aptitudes personales, sus creencias, su subjetividad. *“La promoción de salud es la acción social en favor de la salud”* (ídem).

La prevención se vincula a diferentes actuaciones profesionales. Las más conocidas y realizadas son las llamadas PROMOCION y EDUCACION (Calviño M 1996). Sin embargo, ellas han mantenido un modelo de comportamiento que pudiéramos definir como *“de mí para afuera”*. Como señala Bleger J. *“...aplicamos de manera deficiente o absolutamente no aplicamos nuestros conocimientos y nuestras técnicas...a la administración que hacemos de nuestros recursos”* (1985.p.105) Siguiendo el paradigma dominante en los encuadres de las prácticas profesionales, el profesional, su institución de pertenencia quedan *“intactos”*. (Son pocos o casi nulos los programas de Promoción de Salud tendientes a la eliminación de conductas nocivas para los médicos de un Centro de Salud, a pesar de que sabemos que muchos médicos y personal de la salud las poseen- Hábito de fumar, abuso de ingestión de bebidas alcohólicas, etc-, y cuando se han intentado desarrollar no han tenido éxito como es el conocido caso del tabaquismo.). Tenemos muchas razones para pensar que una buena parte de nuestras acciones de PROMOCION y EDUCACION tendrían que *“empezar por casa”*, tendrían que empezar desde adentro.

Precisamente cuando pensamos en *“empezar por casa”* nos tenemos que detener a pensar: ¿ No será necesaria la PREVENCIÓN de los que PREVIENEN?. Si nuestra respuesta es afirmativa entonces tendríamos que preguntarnos ¿PREVENIR en la Institución QUÉ, PARA QUÉ, y lógicamente CÓMO?

Tratar de acercarnos a responder estas preguntas, nos pone ante todo a asumir un problema de conceptualización necesaria, pues nos estamos refiriendo a la ejecución de un tipo muy particular de prevención que sería la PREVENCIÓN INSTITUCIONAL. Por otra parte si hablamos de prevención institucional es porque de base hay un imaginario existente de lo que sería una INSTITUCIÓN SALUDABLE que aspiramos a tener y mantener. Intentemos reflexionar sobre estos dos conceptos.

¿Prevenir en la institución qué?

Algunos pasos han sido dados, particularmente aquellos que parten de *lo obvio olvidado*: cualquier ser humano puede morir de un infarto. Los médicos son seres humanos. Los médicos pueden morir de un infarto. Simple lógica aristotélica que en nuestros días y en nuestro país se llama “*Atención al hombre.*” El otro paso dado viene por la estructura, quiero decir por las cosas que se pueden hacer para mejorar “*el ambiente físico*”.

Con las acciones de prevención institucional, se trataría por algún medio de contradecir la profecía del Herrero: “*En casa del Herrero, cuchillo de palo*”. Tendríamos que despojarnos del pensamiento positivista, esa epistemología que dictamina la objetividad a alcanzar por la vía de la no implicación del sujeto que estudia con el sujeto que es estudiado, porque en este caso, cuando de prevención institucional se trata, el sujeto que estudia y el estudiado son *lo mismo* aunque *no son iguales*. El primer presupuesto teórico de base vendría dado por impedir que la institución sujete a sus sujetos para convertirlos en objeto concreto de su praxis y con esto desconozca (inhiba, oculte) su propio ser como sujeto, su SUBJETIVIDAD.

Si tratáramos de acercarnos al concepto general de prevención asumido por la OMS, pudiéramos entender entonces que *la prevención institucional es una concepción de trabajo en*

salud aplicable a la concepción de las instituciones, es una resultante del conjunto de acciones anticipatorias mancomunadas por diversas especialidades encaminadas en todo un proceso para desarrollar mejores condiciones de salud en el personal que labora en las instituciones, en el contexto de su vida cotidiana institucional.

Intentemos algunas precisiones, en términos más pragmáticos, de esta primera conceptualización:

1. Al hablar de prevención institucional tenemos que considerar al menos dos niveles didácticos de comprensión de este proceso: un nivel sería el relativo a las acciones encaminadas al logro de una subjetividad institucional sana y el otro nivel sería el relativo a las acciones encaminadas a garantizar las condiciones objetivas que favorecen y sostienen la subjetividad de la institución.

Esta diferenciación es esencial a la hora de entender y precisar el objeto de estudio y la metodología que se emplearía por las diversas ramas del conocimiento que estarían implicadas en la realización de acciones de prevención institucional, me explico mejor, el objeto de trabajo de los profesionales de la Psicología estaría bien diferenciado del de los órganos de dirección y del de los educadores para la salud, las tareas a asumir serían diversas y diferentes, y el nivel de responsabilidad también. La resultante y la integración de las distintas disciplinas y de los diferentes grupos institucionales que intervendrían en este proceso constituirían los programas específicos y bien particulares de prevención institucional que se realicen en las instituciones de salud. El abordaje de esta tarea sería interdisciplinario y prospectivamente transdisciplinario.

2. Sería necesario entonces definir qué tipo de acciones se realizarían encaminadas a estudiar y prevenir una subjetividad institucional sana y qué tipo de acciones que garantizaran las condiciones objetivas que sostienen la subjetividad de la institución, así como también la definición de sus implicaciones e integraciones mutuas.

En estas primeras reflexiones que realizo, en estos intentos por ponernos a pensar juntos sobre un tema, voy a referirme sólo a aclarar, desde mi punto de vista cuál sería el rol de los profesionales de la Psicología de la Salud en el abordaje de una nueva tarea en la que sin duda alguna estamos implicados y debemos implicarnos, pero donde no somos los únicos protagonistas ni los principales responsables, así como tampoco sería ni nuestra única tarea a asumir en las instituciones de salud ni la principal. Hago esta aclaración porque desde un principio que una profesión va a intentar asumir una tarea, debe sentar y aclarar bien sus condiciones de asunción. Hago esta aclaración además porque si los profesionales de la Psicología que trabajamos en salud aceptamos tareas institucionales que no nos corresponden por pretender ganar un lugar más, caemos en el peligro de cometer severos errores y de tergiversar un campo de trabajo que pudiera dar palpables frutos.

Detengámonos entonces en la reflexión sobre un segundo concepto: Siguiendo con la simple lógica aristotélica: si realizamos prevención institucional obtendremos una “*institución saludable*”.

Una *institución saludable* es aquella, cuyo funcionamiento brinda todas las posibilidades para que el hombre y los grupos humanos que en ella existen, sean sanos, sean plenos, y puedan desarrollar al máximo sus capacidades, instituciones de salud sanas con trabajadores de la salud sanos. Una institución saludable enseña a resolver los problemas que se presentan y aprende a resolver los propios por lo que le aportan sus miembros, brindando la posibilidad de un fluir emocional positivo de los mismos en la implementación de la organización de su trabajo y garantizando una comunicación adecuada entre los diferentes niveles de dirección-subordinación, garantizando con todo ello además una inserción adecuada con el entorno medio ambiental, con la comunidad a la cual pertenece. La Institución de Salud necesita ser sana, necesita ser curada en algunos casos (nada despreciables por cierto) y necesita ser objeto de prevención de su posible enfermedad. El tema es claro “*Mente sana en cuerpo sano*”, el

cuerpo es la estructura institucional, sus sujetos corpóreos reales. ¿Cuál es su mente?. “Mente institucional sana en institución sana”. No basta con la mirada objetiva, es necesaria, imprescindible la mirada subjetiva.

En las revisiones realizadas vinculadas con este tema, aparece un concepto que está teniendo un fuerte auge en estos momentos sobre todo en Europa y que es el de Hospitales Promotores de Salud. En la Declaración de Budapest (1991) de Hospitales Promotores de Salud y en las Recomendaciones de Viena (1997) se especifica el concepto y la estructura básica de la Red Internacional de Hospitales Promotores de Salud que fue fundada en 1990.

Hospitales Promotores de Salud incorpora en su concepto valores y estándares de la promoción de salud dirigidos hacia el interior de la estructura organizacional hospitalaria y de la cultura de sus miembros. La finalidad es mejorar la calidad de los servicios de salud, la vida y las condiciones de trabajo y la satisfacción del staff médico, así como la de los pacientes y acompañantes. Extienden su incidencia estableciendo una cooperación con la comunidad para promover conceptos como cura, cuidado y prevención. Incidir sobre la comunidad positivamente desde un modelo de salud, para la salud, es la esencia de estos programas. Hacer sostenibles los procesos de cambio que implican para la estructura organizativa de los hospitales la aplicación consecuente e integral de este concepto parece ser el mayor reto que implica el mismo. (Johnson A, Baum F, 2001).

Encontrarnos en otra parte del mundo estas ideas que se entrelazan a las que desde nuestra práctica fueron surgiendo como una necesidad de abordaje partiendo del desarrollo alcanzado por la Psicología de la Salud en Cuba, le dan un sustento aun más poderoso a nuestros principios de trabajo.

Pudiéramos pensar entonces en algunos indicadores de “insalubridad institucional”, que se hallan cotidianamente en las instituciones de salud, por ejemplo:

1. Prevalencia de grupos de trabajadores portadores de diferentes tipos de enfermedades crónicas no transmisibles y transmisibles.
2. Presencia de conductas nocivas más o menos ocultas en el personal de la salud y más o menos reconocidas por los mismos (tabaquismo, abuso de bebidas alcohólicas, sedentarismo, etc.).
3. No aplicación de las conocidas medidas de prevención de salud, y no mantener un rol activo y responsable ante la salud personal.
4. Desconocimiento o no aplicación de las medidas de seguridad en el puesto de trabajo (protección e identificación de los riesgos ante diferentes tipos de agentes biológicos, químicos y físicos)
5. Presencia de indicadores de afectación de la salud mental tales como el síndrome del burnout, elevada vulnerabilidad al stress y otros.
6. (Estos cuatro primeros indicadores por ejemplo a veces se traducen en alta prevalencia de los certificados médicos en el personal de la institución, ausencias sistemáticas, etc.)
7. Dificultades de organización institucional y de la organización de los diferentes grupos institucionales, así como de la organización del trabajo, que afectan la estabilidad emocional de los trabajadores e inciden en la aparición de desmotivación laboral.
8. Dificultades de comunicación entre los diferentes niveles de dirección - subordinación.
9. No reconocimiento de que todo lo anteriormente planteado constituyen indicadores de salud institucional.

Por supuesto que nos estamos refiriendo a un imaginario ideal a obtener. La prevención institucional estaría dirigida entonces a:

1. Diagnosticar de manera inicial el comportamiento de sus indicadores de insalubridad.
2. Elaborar programas de prevención que accionen sobre los indicadores detectados.
3. Integrar cada una de las acciones que se vayan realizando en un todo coherente y dialéctico que permita un resultado satisfactorio.

¿Prevenir en la institución para qué?

“Por los frutos conoceréis al árbol”.

Existen varias razones: la primera es económica en todo su sentido. Una institución saludable produce más y mejor. Las instituciones de salud no producen bienes materiales pero sí utilizan y gastan medios económicos. Si los sujetos de la institución son sanos y se sienten satisfechos en su institución, producen más y gastan menos, simple lógica económica. Menos pago por conceptos de bienestar social (certificados médicos, licencias), menos personal para realizar un mayor conjunto de actividades (ahorro en pago por salarios).

La segunda razón viene dada por la propia razón de ser de la existencia de los servicios de salud: brindar una atención de calidad, pues calidad en salud implica que las personas que se atiendan vivan sanas y vivan con calidad de vida.

¿Qué entendemos por calidad?. Calidad implica hacer, implica mejorar el hacer, implica medir ese mejor hacer. No hay nadie que sepa mejor cómo mejorar las cosas que el que está implicado en ellas, éste implicado presta un tipo de servicio y un tipo de atención; esta atención la brindan un grupo de sujetos a otro grupo de sujetos, esta

atención se brinda en los marcos de una institución. Querer instituciones de salud que brinden servicios de calidad, no es sólo tratar de tener excelentes equipamientos o la última tecnología médica. En una excelente conferencia dictada por el profesor Octavi Quintana, de España (Septiembre 95 “*Curso Internacional de Bioética*”, conferencia “Calidad en la atención de la salud”; Escuela Latinoamericana de Bioética. La Plata. Argentina) se señalaba que “*la tecnología más importante que da calidad de salud es una silla, para sentarse y escuchar*”. Pero para que ese personal se sienta a escuchar y brinde servicios de calidad, tiene que tener capacidad, tienen que ser sujetos y grupos con una sólida formación profesional y ética, con una determinada actitud ante la labor que realizan, con una determinada motivación, estimulación y satisfacción laboral, tienen que saber que van a ser escuchados por su institución cuando lo necesiten, tienen que ser por lo tanto sujetos y grupos saludables que le proporcionen conductas saludables a su institución para que esta sea realmente una institución saludable, una consecuente INSTITUCION DE SALUD.(Zas B,1996).

De lo anterior se desprende la tercera razón: “Haz lo que yo digo no lo que yo hago”. Las acciones de salud que realizamos sobre los demás deben ser ante todo creíbles y la credibilidad tiene que partir de inicio por la credibilidad de quien la promueve. Una profesión , un profesional, un tratamiento , una medida preventiva para mejorar la calidad de vida de un paciente, un servicio que se brinda debe ser creíble para el que lo recibe.

Pueden existir muchas otras razones, estas son lo suficientemente importantes para reconocer que la prevención institucional es una tarea perspectiva de primer orden aplicable en condiciones de un Sistema Nacional de Salud desarrollado como es el nuestro.

Prevenir en la institución ¿cómo?

“Lo que hoy es evidente, antes fue imaginario”. William Blake.

Esta es sin dudas la más difícil de las respuestas, nos pone ante la realidad de nuestras prácticas y ante la verdadera posibilidad de ejecutabilidad de nuestras tesis de trabajo. Su respuesta es compleja, pero “la complejidad es una palabra problema y no una palabra solución” como plantea Edgar Morín (Morín E, 1995, Pág. 22). Tratemos entonces de sistematizar algunas ideas.

Hay tres premisas iniciales que deben tenerse en cuenta antes de intentar iniciar un trabajo preventivo institucional:

1. ¿Está dispuesta la institución, o tiene el suficiente nivel de tolerancia institucional para someterse a los nuevos cambios que implicaría pensar y ejecutar estos programas, o al menos, intentar iniciar este proceso? Esta es la premisa de la aprobación, al menos de la aprobación inicial, pues las nuevas propuestas de cambios irán haciendo aparecer nuevas resistencias a los cambios.
2. ¿Cuáles son las condiciones existentes en la institución para iniciar la aplicación de un programa preventivo institucional? Esta es la premisa de la objetividad, es decir saber con qué contamos para empezar y con quiénes contamos para empezar. Tendríamos que conocer y reconocer los momentos en que podemos empezar a trabajar, los grupos institucionales que estarían en mejores condiciones para emprender el trabajo, el nivel de preparación técnico - profesional con que se cuenta para ejecutar las acciones, etc.
3. ¿Cuáles son las particularidades que distinguirían el tipo y el modo de realizar la prevención institucional en la institución de salud de que se trate? . Esta es la premisa de la especificidad. Debemos tener una precaución importante: la idea no es comenzar a realizar programas nacionales de prevención para las instituciones de salud, la idea

es que cada institución de salud tiene que luego de reconocer la importancia de este problema y estar dispuesta a asumirla, estudiar las particularidades de sus indicadores de “Insalubridad institucional” y realizar programas específicos para la situación que presenten, pues sino caeríamos en “peligrosas globalizaciones” o caeríamos como decimos en nuestro popular modo de hablar: en la “infladera de globos”.

Luego cada especialidad tendría que ir definiendo sin competitividad el rol a asumir. Sabemos que cuando de ideas nuevas se trata, la discusión por la hegemonía es el principal amigo para que un proyecto fracase. El grupo de especialistas que se dediquen a este trabajo en una institución de salud deben hacerlo en un clima de cooperación, de mutuo respeto profesional, de tolerancia y de integración. Si esta condición no se cumple lo ideal sería que no se dedicaran a ello, pues los resultados serían más insalubres para la institución.

Estas premisas iniciales para que sean aceptadas y reconocidas como tales tendrían que irse sustentando en todo un proceso inicial educativo dirigido a la dirección de las instituciones de salud para su aprobación y para la creación de la necesidad de este modo de pensar. Este realmente es un paso esencial que permitiría cumplir el principio de trabajar en prevención de acuerdo a las necesidades existentes.

Imponer este tipo de trabajo o realizarlo de manera aislada no sería una buena recomendación para lograr el éxito. Se pueden ir iniciando acciones aisladas, que de hecho serían el fundamento de programas más complejos, pero la aspiración final debe estar en la integración.

Si existiera interés en emprender este tipo de trabajo ¿cómo pudiera implementarse en la práctica?

Existirían una serie de etapas a cumplirse:

1. Diagnóstico del estado en que se encuentran los procesos organizativos institucionales. Diagnóstico organizacional.

2. Estudio epidemiológico de la población que labora en la institución. Diagnóstico Epidemiológico.
3. Detección a partir de los datos anteriores de los indicadores de insalubridad institucional.
4. Desglose de los problemas de salud detectados y su distribución en los grupos institucionales.
5. Estudio de las necesidades particulares de los diferentes grupos institucionales.
6. Elaboración de los programas de prevención generales y particulares para los problemas de salud detectados en la institución.
7. Ejecución de los programas propuestos y evaluación de los mismos.
8. Retroalimentación de la efectividad a través de los indicadores de calidad asistencial y de la realización de diagnósticos evolutivos.

Existirían estructuralmente etapas de diagnóstico, etapas de intervención y etapas de evaluación de resultados, que se van interrelacionando unas con otras y que van integrando las diversas aristas de los elementos que se necesitan tener en cuenta para la presencia de una institución saludable. (Ver Fig. 3). Elaborar los programas preventivos es fundamental, estos darían la verdadera especificidad de los objetivos a cumplirse siempre que no se conviertan en “la gran economía: no hace falta reflexionar, todo se hace mediante automatismos” (Morín E, 1995, Pág. 127) .

El resultado fundamental sería que la prevención sobre la institución formara parte de la ideología institucional, estuviera presente como un tipo de pensamiento y abordaje por parte de los directivos y de los trabajadores de la salud. Es un imaginario ideal a obtener, pero no un imposible.

Por su complejidad recalco, las acciones preventivas institucionales le competen a un grupo de especialistas, sólo así pueden ser comprendidas y ejecutables. Deben tener una dirección coherente y no ser la sumatoria de las partes de las diversas

especialidades que pueden dedicarse a este importante trabajo. Requieren de un plan de acción para que no se convierta en un caos desprofesionalizado o en un simple modismo.

Para la Psicología la prevención institucional constituye también un reto epistemológico, toda una tarea perspectiva. Pudiéramos plantearnos como tesis iniciales de discusión y análisis las siguientes:

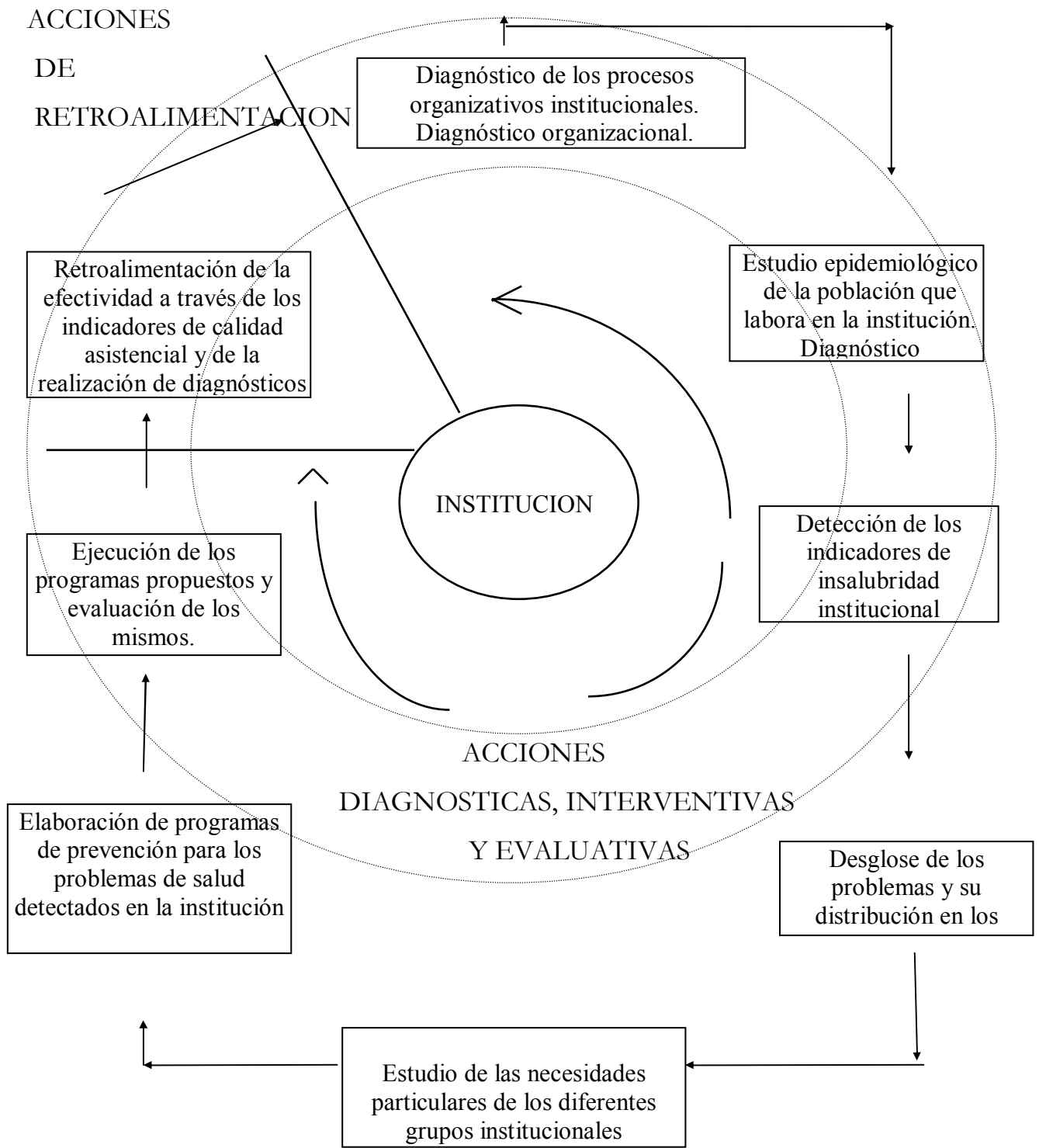


Figura 3.

1. El principal nivel de actuación del profesional de la Psicología estaría implicado en las acciones encaminadas al logro de una subjetividad institucional sana. El nivel de las acciones encaminadas a garantizar las condiciones objetivas que favorecen y sostienen la subjetividad de la institución, sería para nosotros un nivel de referencia para la comprensión de los fenómenos que a nivel subjetivo aparecen, y un nivel donde podríamos sugerir y aportar, pero no intervenir.

2. Metodológicamente las concepciones sobre lo grupal y lo institucional, son un referente imprescindible en el abordaje por parte de la Psicología de este tipo de prácticas. Las concepciones desarrolladas en el campo de la Psicología de la Salud en nuestro país y en las experiencias de Promoción y Educación para la Salud, son también referentes necesarios a tener en cuenta.

3. La observación, las entrevistas grupales, las encuestas, los grupos con diferentes modalidades técnicas, podrían ser entre otras algunas de las técnicas que pudieran utilizarse.

Teniendo en cuenta estas tesis iniciales, en el trabajo de la Psicología de la Salud en Cuba, se han ido realizando toda una serie de acciones que en un futuro pudieran constituirse y sistematizarse como un trabajo de prevención institucional. Algunas de estas experiencias han sido, por sólo citar algunos ejemplos:

1. El trabajo grupal encaminado a la protección de la salud mental de los profesionales de la Psicología.
2. Estudios de prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal médico y de enfermería.
3. Realización de trabajos grupales con grupos multidisciplinarios y diversos grupos institucionales ante demandas de situaciones estresantes o dificultades organizativas que repercuten en el estado emocional de este personal.
4. Estudio de los niveles de satisfacción de los pacientes, familiares y trabajadores.

5. Estudio de las necesidades de información de los usuarios hospitalizados y propuesta de un Manual Informativo Educativo para los usuarios hospitalizados.

El *momento artificial* embriaga como el perfume de la flor” (Grande A, 1996, Pág. 158).

Para evitar que la Prevención Institucional en las instituciones de salud sea sólo un *imaginario* y un *momento artificial* se necesitan aún muchas horas de insomnio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bleger J. (1985) *Temas de Psicología*. Sao Paulo. Martins Fontes.
2. Calviño M. (1996) *Creatividad y comunicación en la educación y promoción de salud. (Apuntes para una reflexión necesaria)*. Versión escrita y revisada de la Conferencia pronunciada por el Prof. M. Calviño en el XI Taller Internacional de Comunicación Social en Salud. Organizado por la Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Salud Pública y el Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud. La Habana, Cuba.
3. Grande A. (1996) *El Edipo después del Edipo*. Argentina. Editorial Topía.
4. Johnson . A , Baum.F (2001) *Health Promotion International*, Vol. 16, No. 3, 281-287, September .Oxford University Press.
5. Morín E. (1995) *Introducción al Pensamiento Complejo*. Barcelona, España. Editorial Gedisa.
6. OPS. (1992) *Manual de Comunicación Social para programas de salud. Programa de Promoción de la Salud (HPA)*. Washington D.C. Mayo.
7. *Ottawa Charter for Health Promotion*. (1986) *Health Promotion*, 1.iii - v.
8. Quintana O. (1995) *Calidad en la atención de la salud*. Conferencia dictada en el Curso Internacional de Bioética. Escuela Latinoamericana de Bioética. La Plata, Argentina.

9. Salazar N (1995) *Participación social en proyectos de saneamiento: experiencias en América Latina*. Hojas de divulgación técnica CEPIS.(www.paho.org)
10. *The Budapest Declaration on Health Promoting Hospitals* 1991(activo septiembre 2001) (www.univie.ac.at/hph/conferences.html)
11. *The Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals* 1997 (activo septiembre 2001) (www.univie.ac.at/hph/conferences.html)
12. Van der Haar R, Goelzer B (2001) *La Higiene Ocupacional en América Latina: una guía para su desarrollo*. Washington D.C . OPS/OMS División de Salud y Ambiente. Programa Regional de Salud de los trabajadores.
13. Zas B. (1996)”*La Psicología en las instituciones y la Psicología de las instituciones*”. Ponencia presentada en las Primeras Jornadas de Psicología del Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras.