

**UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO  
ESCUELA DE PSICOLOGIA**



---

Tesina para optar al Grado de Licenciatura en Psicología y Título de Psicóloga/o

**DE LO BIOMÉDICO A LO BIOPSIICOSOCIAL:  
PRÁCTICA DISCURSIVA EN LA SALUD PÚBLICA CHILENA  
DESDE LOS 90 A LA ACTUALIDAD**

Estudiantes: Loreto Cerda Armijo y José Molina Ortíz

Profesor guía: Georg Unger Vergara

Profesor informante: Domingo Asún Salazar

Santiago de Chile, 22 de diciembre de 2014

## INDICE

|  |    |
|--|----|
| RESUMEN  | 3  |
| <hr/>  |    |
| INTRODUCCIÓN   | 4  |
| <hr/>  |    |
| 1. Contextualización   | 9  |
| 2. Pregunta de investigación   | 13 |
| 3. Relevancia de la investigación  | 14 |
| I. OBJETIVOS   | 15 |
| <hr/>  |    |
| 1. Objetivo general  | 15 |
| 2. Objetivos específicos   | 15 |
| II. MARCO TEORÍCO  | 16 |
| <hr/>  |    |
| 1. Concepto de discurso  | 16 |
| 2. El análisis crítico del discurso como perspectiva teórico-metodológica                      | 16 |
| 3. El discurso psicosocial   | 17 |
| 4. Lenguaje de riesgos   | 19 |
| 5. Gubernamentalidad   | 20 |
| 6. Epidemiología crítica   | 22 |
| III. MARCO METODOLÓGICO  | 24 |
| <hr/>  |    |
| 1. Análisis crítico del discurso (ACD)   | 24 |
| 2. Campo de estudio  | 25 |
| 3. Forma de producción de datos y muestreo   | 25 |
| 4. Pasos del ACD   | 26 |
| IV. INFORME DE RESULTADOS  | 28 |
| <hr/>  |    |
| 1. Retórica de un cambio   | 28 |
| 2. El modelo biopsicosocial y los efectos discursivos en los equipos de los servicios de salud | 35 |
| 3. Prevención y promoción ¿nueva forma de hacer en salud?                                      | 39 |
| 4. Lenguaje de riesgos y focalización  | 41 |

|   |    |
|---|----|
| V. SÍNTESIS DE RESULTADOS   | 45 |
| <hr/>   |    |
| VI. SÍNTESIS DE VALORACIONES Y DISCUSIONES FINALES  | 47 |
| <hr/>   |    |
| 1. Discusión teórico-epistemológica de la comprensión de la salud                               | 47 |
| 2. Discusiones políticas y sociales en torno a la concepción de salud                           | 49 |
| 3. “Lo social” puesto en juego  | 49 |
| 4. El lenguaje de los riesgos como estrategia de gubernamentalidad<br>en los servicios de salud | 50 |
| VII. REFERENCIAS  | 52 |
| <hr/>   |    |
| ANEXOS  | 56 |
| <hr/>   |    |

## RESUMEN

A principios de 1990 se produce en Chile un “giro” discursivo en la salud pública; el discurso “oficial” propone que el sistema, los agentes, los centros de salud y los servicios, no debieran ya enmarcarse en lo biomédico como modo hegemónico de comprender los procesos de salud-enfermedad y como sabemos, se entra en una nueva jerga, en principio lingüística, que apela a una reestructuración de todos los elementos consignados del sistema de salud, con base al marco de “*lo bio-psico-social*”. Este giro, se da en el contexto del proceso de “transición” política y de “retorno a la democracia”, contexto que tiene estrecha relación con la forma de cómo se definen las nuevas políticas de salud.

A partir del análisis y de los marcos teórico-críticos, articulamos tres puntos para dar cuenta del uso y de los efectos de la práctica discursiva en cuestión:

- 1) El discurso biopsicosocial, contiene en su uso, controversias entre dos formas de entender la salud. Dichas controversias corresponden no solo a discusiones teórico-epistemológicas sino que a dimensiones políticas y sociales.
- 2) Planteamos que el discurso “biopsicosocial”, reconfigura “*lo social*” y que dicha reconfiguración tiende a atomizar lo colectivo y a relevar o individual.
- 3) Por otra parte, se plantea, que la práctica discursiva en el marco de este “nuevo modelo”, a través de su lenguaje de riesgos y proceso de intervención focalizada, sostiene estrategias de gubernamentalidad.

Por último, sostenemos que todos estos procesos discursivos se corresponden con el desarrollo del neoliberalismo.

Se ocupa la epidemiología crítica como perspectiva teórica y el análisis crítico del discurso, como metodología, para abordar la investigación.

**Palabras-clave:** discurso, análisis crítico del discurso, discurso biopsicosocial, gubernamentalidad, epidemiología crítica, lenguaje de riesgos, neoliberalismo.

## ABSTRACT

In early 1990 occurs in Chile a discursive "spin" on public health; the "official" discourse proposes the system, agents, health centers and services should no longer be framed in biomedical and hegemonic mode of understanding the processes of health and disease and as we know, is entering a new jargon, linguistic principle, which calls for a restructuring of all items consigned health system, based on the framework of the "bio -psycho - social". This rotation occurs in the context of the process of "transition" policy and "return to democracy" context that is closely related to the way how new health policies are defined.

From the analysis and the theoretical and critical frameworks we will articulate three points to report the uses and effects of the discursive practice in question.

- 1) The biopsychosocial speech, contains in its use, disputes between two ways of understanding health. Such disputes are not only theoretical and epistemological discussions but political and social dimensions.
- 2) We propose that the "bio-psycho-social" speech, configures "social" which tends to atomize the collective and relieve the individual.
- 3) By the other hand, it proposes that the discursive practice in the frame of this “new model”, through a language of risks and the focused intervention process, has governability strategies.

It uses the methodology of critical discourse analysis as a tool to problematize and denaturalize social discourses.

**Keywords:** speech, critical discourse analysis, biopsychosocial discourse, governmentality, critical epidemiology, risk language.

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación se enmarca y toma posición en los movimientos críticos, emergentes tanto en Ciencias Sociales como específicamente en la Psicología social (Iñiguez, 2003; Domínguez, 2004). Justamente es el término “Social” el que fundamenta esta mirada crítica al rechazar y refutar aquellos “discursos sociales”<sup>1</sup> con pretensión de verdad universal, que tanto en las ciencias positivas y naturales como en las ciencias sociales, a-historizan la emergencia del conocimiento. De la misma forma, en la actualidad, se hace éticamente necesario poner en cuestión los discursos pretendidamente sociales y que relegan a un plano individual las problemáticas, despojándolas de su entramado social (Gergen, 1973, 1982; Rose 1996; Gordo López, 2002).

Foucault plantea que las instituciones científicas construyen su saber a través de discursos hegemónicos que definen lo que debe o no “ser” como si de verdad universal se tratara (Foucault, 1970). De este modo, no reconocen el carácter histórico de dichos discursos, ni la utilidad política de su ejercicio. Son los movimientos críticos en Ciencias Sociales quienes ponen al descubierto el carácter político y los intereses de dominación de los discursos hegemónicos, desnaturalizando y problematizando sus prácticas discursivas. Al mismo tiempo, estos movimientos hacen explícito el contenido político del análisis de sus propias investigaciones, planteando que no son neutrales ni ingenuas y reconociendo que toman una posición explícita del lado de las propuestas de resistencia y de transformación social (Van Dijk, 1999). Es la teoría crítica de la escuela Frankfurt, la que se propone por una parte, “la comprensión histórico-cultural de la sociedad y por otra, convertirse en una fuerza transformadora en medio de las luchas

---

<sup>1</sup> Entendemos aquí (y utilizamos) los términos “discurso” y “discursos sociales” como una práctica social. Es decir, “discurso” no se restringe a un conjunto de enunciados que representa una realidad. Los discursos tienen un contexto de producción, dicha producción es posible por relaciones que articulan un discurso (Iñiguez, 2006) cuyo fin, es regular, mantener y promover, ciertas relaciones sociales. (Garay, Iñiguez, Martínez, 2005). Por otro lado, los discursos también, producen y reproducen realidades sociales. En este sentido, Van Dijk (1999) citando a Fairclough y Wodak (1994, p.p. 241-270) plantea algunas cualidades del discurso: El discurso constituye la sociedad y la cultura, es histórico, hace un trabajo ideológico, es una forma de acción social, el enlace entre el texto y la sociedad es mediato, las relaciones de poder son discursivas.

y las contradicciones sociales”. (Osorio, 2007, p. 104). Desde ella, empieza a tejerse un movimiento crítico que inspira a pensadores y científicos sociales de diversos campos.

Con este marco, nos proponemos la tarea de indagar en las prácticas discursivas de la salud chilena de las últimas décadas y contestar a preguntas sobre el contexto histórico del cambio discursivo de lo biomédico a lo biopsicosocial y sus efectos, y de los intereses de gubernamentalidad en las políticas sanitarias. La tarea será analizar como los textos y los discursos, comprendidos como unidades básicas y como prácticas sociales (Van Dijk, 1999), en este caso el texto “biopsicosocial”, se usa en un determinado contexto asociado al cambio de un gobierno militar a uno civil, en el contexto de una “transición pactada”. Se trata de analizar cómo el problema de “lo social”<sup>2</sup> se pone en juego en este escenario político, con la premisa de que los discursos encierran un poder capaz de producir, reproducir y transformar realidades.

A finales de los 80 y principio de los 90, con el término del gobierno militar de Pinochet y el triunfo electoral de gobierno civil de Patricio Aylwin, el problema de “lo social” se enfrenta a un nuevo contexto que suscita “expectación, esperanza y oportunidades”. Preguntas sobre qué hacer ahora con el “mundo social” resistente o cómo re-formular (o consolidar) políticas públicas gubernamentales, entre otras, entran en el debate y en los discursos sociales y determinan de algún modo “lo social”. En el ámbito de la salud circula el discurso de “lo bio-psico-social”, como nueva forma de enfrentar las problemáticas y las demandas de salud de la población, en donde el factor de “lo social” debería tener relevancia, para “ser un reflejo del Proyecto de Desarrollo Social impulsado por el gobierno de su (la) época.” (Minsal, 1993, p. 3).

Analizar los discursos que circulan en el entramado social, con los efectos sociales que implica, puede contribuir a la construcción de una sociedad más justa y solidaria, en este caso, en el campo de la salud pública. Para ello, el análisis crítico del discurso (en

---

<sup>2</sup> Rose (2007) desarrolla ampliamente el problema de “lo social”, evidenciando la mutación que ha ocurrido en torno a este concepto tanto en el ámbito político, como en el del conocimiento y que se vincula estrechamente con el modo de entender o practicar la gubernamentalidad que también ha sufrido una mutación en las últimas décadas con el modelo neoliberal y los procesos de globalización. Se desarrolla este planteamiento de Rose en el marco teórico del presente documento.

adelante ACD) como herramienta, se juzga pertinente, ya que permite esclarecer cómo esos discursos son prácticas que van construyendo “una determinada realidad social”. El ACD “es un tipo de investigación analítica sobre el discurso que estudia principalmente el modo en que el abuso del poder social, el dominio y la desigualdad son practicados, reproducidos, y ocasionalmente combatidos, por los textos y el habla en el contexto social y político” (Van Dijk, 1999, p. 23).

Ocupando esta herramienta de análisis, la presente investigación pretende analizar discursos, prácticas e instituciones que operan prestando servicios sociales a la población con el modelo biopsicosocial y que promueven, por ejemplo, las maneras de llevar una vida saludable y de prevenir o enfrentar la enfermedad. En Chile, a través del “concepto-modelo psicosocial” se ha desarrollado una amplia esfera de acción social del Estado en diferentes ámbitos y localidades siendo una nueva forma de gobernar a la población y que ha ido creando nuevos sujetos sociales<sup>3</sup> a través de diversos programas que ocupan esta perspectiva. El modelo biopsicosocial, viene a ser en salud, un modo de gobierno de la población y los individuos que podríamos asociar a lo que Foucault denominó “biopolítica”, como forma de gobernar que se expresa en el interés y preocupación por la vida. (Foucault, 1998). Posteriormente, Foucault desarrollará la noción de “gubernamentalidad”<sup>4</sup>, para ampliar o precisar este nuevo tipo de gobierno en donde planteará la cuestión de gobernar a través del auto-gobierno. Es aquí donde los “Programas sociales” y el “desarrollo comunitario” alcanzan importancia, ya que, serían, a nuestro parecer, dispositivos que expresan este nuevo tipo de gobierno que imponen la responsabilidad de llevar ciertos “estilos de vidas más saludables” a las propias comunidades e individuos.

---

<sup>3</sup> Según Foucault (1998) el discurso crea objetos y sujetos, ejemplo: “El psiquiátrico” “El enfermo mental”. En el ámbito de las políticas de salud, abundan los discurso de riesgos que crean sujetos: “niños en riesgo social”, “familia disfuncional”, “población vulnerable”, “persona bipolar”, etc.

<sup>4</sup> Con la noción de “gubernamentalidad” Foucault plantea el problema de la regulación de la conducta y la auto-conducta como nueva forma de gobierno que apunta a un poder descentralizado, con estrategias y dispositivos tendientes al control de las poblaciones desde el auto-control de los individuos. (Grimberg, 2007).

Las “disciplinas”<sup>5</sup> de las ciencias sociales, han jugado un papel preponderante en el proceso de implementación del modelo biopsicosocial, reconociéndoseles un saber-hacer que le otorga la legitimidad y la autoridad para determinar las pautas sociales. La psicología ha contribuido a la construcción de “la realidad social”, especialmente en la práctica interventora de las políticas públicas, dictando pautas del buen ejercicio de la administración de la vida propia, como lo describió Foucault (1994) con el término de “tecnologías del yo”, que serían el modo en que el individuo actúa sobre sí mismo y que le permite efectuar, “solos o con ayuda de otros, cierto número de operaciones sobre su cuerpo y su alma, sus pensamientos, sus conductas, su manera de ser; es decir, transformarse con el fin de alcanzar cierto estado de felicidad, de pureza, de sabiduría, de perfección o de inmortalidad” (Foucault, 1994, p. 785). Esta figura foucaultiana, nos permite analizar los efectos de los programas psicosociales en la vida de los individuos y/o comunidades.

En los 90, la intervención comunitaria de los programas del Estado, se asocia a un aumento significativo de profesionales psicólogos, que poco a poco van entrando en el trabajo comunitario de la política pública oficial. Alfaro plantea que esto:

...tiene que ver directamente con la implementación de programas sociales que definen sus destinatarios y sus orientaciones técnicas desde nociones propiamente psicosociales. En términos generales encontramos que la dimensión psicosocial de la conducta se incluye en la comprensión de diversos problemas sociales y se incorpora en políticas de salud mental y en la política hacia grupos específicos como juventud, mujer, tercera edad. (Alfaro, 2000, p. 82).

Según estos datos, es posible afirmar, que la psicología comunitaria pasó de ser una práctica de resistencia desarrollada ampliamente en el periodo de la dictadura militar con base a diversas iniciativas del mundo social, a una práctica oficial, que se

---

<sup>5</sup> La idea de las ciencias sociales como “disciplinas” nos remite al concepto foucaultiano de disciplina como “un tipo de poder, una modalidad para ejercerlo, implicando todo un conjunto de instrumentos, de técnicas, de procedimientos, de niveles de aplicación, de metas; es una “Física” o una “anatomía” del poder, una tecnología” (Foucault, 1998, p. 218) Así, proponemos que nominar como “disciplinas” el quehacer de las ciencias sociales en sus diferentes campos teóricos y prácticos, es ponerlas en el lugar de “tecnologías del poder” que tienen, implícita o explícitamente, una función social de regulación.

desarrolla en los campos de formación y ejecución de los llamados “Programas psicosociales”.

Rose propone que esta mutación en las ciencias sociales en general y la psicología en particular, se corresponde con el cambio de un discurso de “lo social” a uno que releva “lo comunitario” y que es “indicativo de una mutación, bastante profunda, si bien aún incierta, en la formas de pensar y actuar que solían desarrollarse a través de un lenguaje social” (Rose, 2007, p. 118) Con el auge de “lo comunitario” y de “la comunidad” y los diversos trabajos que se realizan en su nombre: “salud comunitaria”, “psiquiatría comunitaria”, “seguridad comunitaria,” etc. se abre una nueva manera de gubernamentalidad que tiende al gobierno local de los individuos, las familias y las llamadas y tan diversas “comunidades”. Así mismo, Rose plantea que “el término “comunidad”... se volvió gubernamental cuando se hace técnico” (Rose, 2007, p. 118) evidenciando, como “la comunidad” pasó a ser preocupación de los estudios y quehaceres científicos e interés de las políticas públicas.

En el ámbito de la salud chilena – qué es el espacio que nos interesa investigar- los “Programas sociales” también expresan una mutación, en donde “lo social” y “lo comunitario” igualmente entran en este juego complejo. El saber biomédico ha sido el discurso-práctica hegemónico por largos siglos. Sin dejar esa hegemonía, ha entrado en una nueva jerga lingüística a partir de la década de los 80, pasando al discurso biopsicosocial, institucionalizado y legitimado con fuerza a partir de la los 90 con la llegada de la “democracia”.

Como señalamos anteriormente, el interés de nuestra investigación es analizar cómo se ha llevado a cabo este cambio discursivo en las políticas de salud, en la incorporación de nuevos programas y proyectos locales, en las implicancias o efectos que tienen en la vida de los denominados “usuarios” y de “las comunidades”, qué procesos de subjetivación se dan a partir de estas prácticas discursivas. Todas estas, son preguntas que estarán al centro de nuestro análisis y que nos ayudaran a dar cuenta del uso del texto psicosocial en un contexto determinado en Chile.

Esta comprensión del discurso da cuenta de la relación que existe entre el texto y su contexto, ya que si bien el discurso se adecua y pliega a la regulación de la acción social y a los imperativos de un tiempo y espacio social determinado, al mismo tiempo, estructura y dota de significado a la acción social, produce, reproduce pero también modifica aquellos contextos sociales en los que emerge, a los actores sociales y sus relaciones. (Martín, 2003, p. 167).

Por tal motivo, durante nuestro trabajo investigativo, nos resulta necesario indagar los intereses detrás del cambio de enfoque al que quiere responder la nueva política de salud (Reformas, nuevos programas y servicios, reformulación de APS, creación Cefam y Cecosf, focalización, etc.) Fundamentada en la mirada positivista y biomédica, la práctica sanitaria pasa ahora supuestamente a un enfoque biopsicosocial que contempla una visión “integral” de la atención de salud, en donde confluirían factores “biológicos”, “psíquicos” y “sociales”, dando gran importancia a la realidad local en donde se realiza la intervención. Podríamos preguntarnos, qué es lo que se pretende con este modelo interventivo que empieza a gestarse en Chile a partir de la década de los 80 y que logra legitimarse a partir de los 90 con el inicio de la transición política. Por qué y cómo se usa el discurso biopsicosocial, con la respectiva actuación de las distintas disciplinas científicas, entre ellas la Psicología, en dicho contexto, considerando que “todo discurso se enmarca en una situación, en un tiempo y en espacio determinado, por lo que con el término discurso nos remitimos también a una práctica discursiva que permite la realización de otras prácticas sociales” (Martín, 2003, p. 167).

## **1. Contextualización**

La Biomedicina, como discurso positivista y causal, determinó las directrices de los procedimientos frente a las prácticas sanitarias en Europa y en América Latina. Durante el siglo XX otros discursos emergentes consideraron nuevos términos al hablar de salud, como es el caso de la “medicina social”, la “salud colectiva” o la “epidemiología crítica”, planteamientos discursivos que consideran indispensable para la salud “la relación entre estructura social y la estructuración de las condiciones de vida,

asumiendo también las explicaciones históricas de las políticas sociales” (Breilh, 2011, p. 36). El lugar e importancia de “lo social” es la piedra angular de los discursos críticos y de resistencia en América Latina. Esta perspectiva emerge tres décadas antes que la OMS reconfigurara el discurso oficial biomédico y se pronunciara frente a lo “social” en salud (Breilh, 2011). Por ejemplo desde los organismos internacionales de salud, OMS/OPS, “lo social” aparece en la conferencia del Alma-Ata al afirmar “que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud”. (Alma-Ata, 1978, p. 1).

En América Latina, los discursos sobre salud colectiva enlazaron “la construcción integral del objeto salud, con una práctica integral de transformación. No la transformación de “riesgos” aislados o “factores determinantes”, sino la incidencia sobre procesos de determinación que implican modos históricos estructurales” (Breilh, 2011, p. 32). Así entonces, el contexto es considerado por estos discursos alternativos, el punto de partida de cualquier planteamiento con respecto a la salud de la población, a diferencia de la mirada Biomédica, que parte de las bases biológicas y que entiende la salud como ausencia de enfermedad en el individuo.

El modelo bio-médico, guarda además una perfecta coherencia con el paradigma positivista, que fragmenta la salud, individualiza el problema y lo reduce a la enfermedad de las personas. Pero además, el hecho de que, bajo el paradigma médico sea absolutamente preeminente la noción de que la salud es un tema esencialmente bio-psicológico de personas, y que lo biológico tiene apenas una relación externa con lo social, desconoce de facto y en el pensamiento, la íntima y esencial relación que existe entre los fenómenos del fenotipo y del genotipo humano con las relaciones sociales en las que dichos dominios se encuentran subsumidas. (Breilh, 2013, p. 3)

La importancia de la “determinación social” configura los discursos críticos en temas de salud en este continente siendo preponderante en la década de los 70, años de marcadas desigualdades sociales y de efervescencia popular, generando prácticas

alternativas de resistencia y de autogestión en sectores marginales, así como también afectando las prácticas en salud pública influenciadas por las nuevas directrices internacionales que también realizaban una reconfiguración o “reforma” en sus planteamientos y que necesitaban integrar profesionales a las políticas estatales en este paulatino giro discursivo a lo “psicosocial”.

En el desarrollo de la salud pública chilena, aparece un concepto que propone la importancia de “determinantes” ya no solo biológicos, sino sociales, políticos y económicos de los procesos salud/enfermedad, “la medicina social”. Este constructo es un intento por develar que tanto “la salud” como “la enfermedad” no pueden ser comprendidas solo desde el punto de vista biológico e individual, sino que se necesita una mirada que integre dimensiones sociopolíticas y culturales que inciden en la producción de dichos procesos. Así mismo, la gestión de la salud de la población, no puede desarrollarse eficazmente sin tomar en cuenta las condiciones sociales, económicas y culturales en donde se originan los problemas de salud.

Es aquí donde cabe el pensamiento propuesto por médicos chilenos entre los que se encuentran, a modo de ejemplo, Salvador Allende, quién en 1939 publica el libro “La realidad medico social chilena” cuyo aporte es la vinculación que establece entre los procesos económicos, sociales, culturales y la salud de la población.

Juan Marconi, quién desarrolla un trabajo en lo que llamará “La psiquiatría intracomunitaria” (entre 1968 y 1979) y Luis Weinstein con la propuesta de Salud Mental Poblacional (desde 1963) también proponen “la dimensión social” de la salud. Sus propuestas no fueron marcos teóricos abstractos, sino modelos de trabajo en salud que apuntaban a reformas institucionales y a subsanar vacíos teóricos-prácticos de los sistemas de salud oficiales. (Piper, 2008).

Desde la institucionalidad pública-estatal también encontramos antecedentes de “lo social” y “lo comunitario”: entre 1940 y 1950, considerado según el Minsal, “un cambio cultural planificado”, se da énfasis a lo que se llamó “Desarrollo y Organización de la Comunidad”; en 1952 se crea el Servicio Nacional de Salud, SNS; en 1967 se promulga

el decreto 250, para la creación de los Consejos comunitarios de salud; en 1970 se publica el “Manual de trabajo comunitario” (Minsal, 1994).

A partir de lo expuesto, proponemos que esta *puesta en cuestión* de la forma de entender la problemática sanitaria, pone en juego el discurso de “lo social” en el campo de la salud pública. Al mismo tiempo, planteamos, que esta emergencia de “lo social”, es un antecedente que nos permite analizar lo que posteriormente aparecerá como modelo biopsicosocial y trabajo comunitario en salud, en unos contextos muy diversos.

Con el golpe militar de 1973 cambia radicalmente el escenario político y con ello las formas de llevar a cabo las políticas públicas. En el sector salud, se suspenden todos los programas comunitarios que venías desarrollándose desde varias décadas. (Minsal, 1994, p. 16). Esta *retórica de la interrupción*, como la nombra Piper, sostiene que hospitales, centros de salud y universidades, pasaron a control absoluto de autoridades adherentes al régimen militar, que ejercieron una censura a los trabajos comunitarios críticos hasta ahora desarrollados. (Piper, 2008).

Sin embargo, surge desde la esfera social no institucionalizada y a modo de resistencia contestataria, iniciativas de trabajo comunitario. En los 80, el trabajo de las ONGs alcanza gran relevancia en el ámbito de la salud, desarrollando proyectos de promoción, de participación y programas comunitarios tanto en acciones locales como en el campo de la investigación, aportando propuestas y soluciones a problemáticas de salud no abordadas por la política pública oficial. (Minsal, 1994).

También, fue notorio el surgimiento en este periodo de las organizaciones sociales de base, que mantuvieron la resistencia y el trabajo comunitario. Algunos núcleos de universidades por su parte, contribuyeron con la investigación y la acción social en estrecha relación con comunidades diversas en diferentes lugares del país.

La Psicología Comunitaria, que se inicia en Chile, según Piper (2008) desde el área de la salud inspirada en Marconi y Weintein, se instala en este periodo “como una propuesta contestataria y alternativa, esta vez con el sello – muchas veces explícito- de

un compromiso asistencial o de participación como conciencia crítica” (Piper, 2008, p. 46).

En 1989, nuevamente el escenario político cambia con la transición a la democracia y con ello, las prácticas comunitarias que venían desarrollándose en la marginalidad de las instituciones públicas. El interés por lo social y lo comunitario en salud empezó a ocupar espacio en las políticas de gobierno que propuso e implementó programas sociales que acogen el modelo psicosocial y el enfoque comunitario.

Una de las prioridades de los gobiernos post dictatoriales fue la promoción de la salud. Al buscar métodos para enfrentar gran cantidad de problemas y necesidades con recursos limitados e instituciones de salud saturadas, se encuentra con las propuestas de participación y autogestión promovidos por la Psicología Social Comunitaria desde sus inicios. Se recurrió entonces a profesionales con experiencia en dichas prácticas para la elaboración de las bases técnicas y científicas de una legislación que promoviera efectivamente el bienestar psicológico y psicosocial. (Minsal, 1990, citado por Piper, 2008, p. 47).

Esta fue según Piper, la estrategia del nuevo gobierno para gestionar las nuevas políticas públicas en salud, iniciándose con ello, un proceso de despolitización y repolitización de la psicología comunitaria (Unger, 2007), abandonando los lugares de resistencia de los 80 y pasando a ser parte de la institucionalidad estatal, siendo “instada a sistematizar sus experiencias y a explicitar sus presupuestos teóricos y metodológicos de manera de poder establecer políticas y criterios de intervención”. (Piper, 2008, p. 47). Es aquí, donde ubicamos la introducción explícita del discurso (bio) psicosocial en los programas y servicios de salud pública y por lo tanto, dónde situamos nuestro análisis.

## **2. Pregunta de investigación**

¿Cómo y para qué se usa el discurso “biopsicosocial” en el campo de la salud chilena en la actualidad?

### **3. Relevancia de la investigación**

La presente investigación posee relevancia metodológica y social.

En primer lugar, consideramos que tiene relevancia metodológica al utilizar ACD, método de investigación situado en un paradigma epistemológico distinto a los usados predominantemente, como lo son las investigaciones cuantitativas y cualitativas. Con ello, se aumenta en valor el trabajo investigativo, ya que permite el estudio de las problemáticas sociales desde nuevos modos epistemológicos y se contribuye con ello a ampliar el campo de conocimiento de la ciencia.

En segundo lugar, el particular método ocupado por esta tesina busca analizar el discurso hegemónico en la salud pública y cómo el uso de tal discurso no es inocuo, sino que tiene efectos sociales; contribuye a la producción y reproducción de las condiciones de la vida social en Chile. La manera en cómo se aborda el proceso de salud – enfermedad tiene afecta directamente a la población. Con el ACD, se busca por tanto, perturbar el actual estado de cosas y abrir posibilidades para su transformación.

## I OBJETIVOS

### 1. **Objetivo general:**

Analizar el giro discursivo desde lo biomédico a lo biopsicosocial en la salud pública de Chile.

### 2. **Objetivos específicos:**

1 Analizar el uso del discurso biopsicosocial del ministerio de salud en la década de los noventa y de los servicios de salud en la actualidad.

2 Identificar los efectos discursivos de lo “biopsicosocial” en los servicios de salud pública.

## II MARCO TEÓRICO

### 1. Concepto de discurso

En torno a la noción de discurso se han hecho diversos planteamientos, “es difícil, por tanto, hablar de discurso o incluso de análisis del discurso como una concepción única y unitaria, en tanto que eso desdibujaría las perspectivas que subscriben marcos filosóficos específicos y diferentes.”(Garay, Iñiguez y Martínez, 2005, p. 110).

Entendemos “discurso” como una práctica social, esta noción es propuesta por la perspectiva crítica de la lingüística que tiene sus raíces en el giro lingüístico y que considera que “el significado de una palabra es su uso en el lenguaje” (Wittgenstein, 1999). Los discursos, por tanto, son comprendidos dentro de la utilización que hacen de ellos los hablantes y este uso del lenguaje se corresponde con sus prácticas.

Siguiendo a Van Dijk, quien trabaja principalmente la relación entre discurso y sociedad y el uso del lenguaje en situaciones sociales concretas, cuestiones que interesan a este estudio, entendemos que hay una relación indisoluble entre discurso y sociedad:

...las estructuras sociales –desde la interacción cotidiana hasta las estructuras de grupos o de organizaciones– son condiciones para el uso del lenguaje, es decir para la producción, la construcción y la comprensión del discurso (...) el discurso, de muchas maneras, construye, constituye, cambia, define y contribuye a las estructuras sociales (...) las estructuras del discurso hablan sobre, denotan o representan partes de la sociedad. (Van Dijk, 2002, p. 19).

### 2. El análisis crítico del discurso como perspectiva teórica-metodológica

El ACD estudia el lenguaje como práctica social (Van Dijk, 1999) y lo vincula al contexto; de esa manera, se ocupa e interesa por problemáticas sociales y del uso de discursos que mantienen ciertas relaciones de poder. No hay una confluencia unitaria

con respecto a la manera de hacer análisis de discurso, quienes han teorizado sobre el tema confirman el carácter heterogéneo de este tipo de análisis y de cómo llevarlo a cabo, no existe una sola línea ni un planteamiento definitivo. El método adoptado va estrechamente ligado a los intereses de la investigación.

El término “crítico” de este análisis discursivo lo define y diferencia de otros tipos de metodologías, al hacer explícito en teoría y práctica la interdependencia entre los intereses de la investigación y los compromisos políticos, en la medida que “fundamentalmente se ocupan de analizar, ya sean éstas opacas o transparentes, las relaciones de dominación, discriminación, poder y control, tal como se manifiestan a través del lenguaje” (Wodak, y Meyer, 2003, p. 19). Es crucial el lenguaje para analizar cómo se reproducen discursos que mantienen un orden de cosas; la búsqueda va hacia los textos y discursos como unidades básicas y como prácticas sociales (Van Dijk, 1999). Ello permite analizar el uso discursivo del lenguaje y sus efectos sociales. El ACD se ocupa de analizar “los modos en que ejercen el poder algunos hablantes o escritores en -o por medio de- su discurso, el núcleo del estudio residirá, en la práctica, en aquellas propiedades que pueden variar en función del poder social” (Wodak y Meyer, 2003, p. 52,).

La metodología se orienta al análisis de textos y su referencia al contexto, teniendo en este caso, una concepción de discurso situado históricamente. Esto demanda procedimientos multidisciplinares para analizar desde diversas dimensiones la problemática de investigación. Además, en su análisis considera la intertextualidad e interdiscursividad para analizar las relaciones de diversos textos y el uso discursivo en ellos.

### **3. El discurso psicosocial**

La noción de “psicosocial” surge en las últimas décadas a partir de la reflexión y principalmente de la práctica social de diferentes áreas de las ciencias sociales. Para Acevedo (Citado en Abello y Gallego, 2007) lo psicosocial ha estado ligado fundamentalmente a la ciencia aplicada, lo que ha significado una limitación

epistemológica a la hora de definir el concepto; más bien, lo que encontramos, es una multiplicidad de visiones, de intencionalidades y de prácticas sociales e interventoras que usan “la perspectiva psicosocial”.

No obstante, podemos considerar que corresponde a un nuevo enfoque que aborda los problemas individuales en su articulación con el entorno social del individuo. Es un modelo que integra diferentes perspectivas de abordaje teórico y práctico de las relaciones del individuo con los grupos sociales en los que se inscribe, y en determinados contextos de carácter, histórico, social, identitario, cultural, entre otros. (Abello y Gallego, 2007) “En términos generales, una intervención psicosocial puede definirse como el conjunto de acciones encaminadas a mitigar o desaparecer los riesgos y procesos sociales problemáticos para un individuo y su grupo social, ya sea éste la familia, la comunidad, o el grupo de trabajo, entre otros, a través de actividades de carácter preventivo o terapéutico que buscan mejorar la calidad de vida y el bienestar, tanto individual como colectivo”. (Paniagua y González, 2005, p. 109)

Desde una perspectiva latinoamericana, lo psicosocial como enfoque, tiene su desarrollo con intervenciones en contextos históricos, marcados por la desigualdad económica y la violencia sociopolítica, es así, que encontramos que este enfoque se desarrolla en sus inicios, como una práctica de intervención relacionada con la búsqueda de soluciones de la injusticia y con la defensa de los Derechos Humanos, cuestión que le da un claro carácter político (Abello y Gallego, 2007). Sin embargo, en los 80 y más fuertemente en los 90, a través de las políticas públicas, los Estados institucionalizan la práctica de intervención psicosocial, adquiriendo esta práctica profesional, un nuevo carácter político, ahora ya no desde la resistencia, sino desde la oficialidad. (Abello y Gallego, 2007).

En Chile, la forma de nombrar lo psicosocial más recurrente apunta a los modelos de intervención preventiva, intervención asistencial, intervención rehabilitadora. El modelo está estrechamente ligado a las políticas públicas, siendo el campo privilegiado en donde los profesionales de las áreas sociales desarrollan su trabajo. Así mismo, en los programas de las políticas públicas, los objetivos del modelo psicosocial apuntan al

tratamiento de las problemáticas de vulnerabilidad social de diferentes grupos sociales y a la regulación de la conducta. Se entiende por tanto, lo psicosocial, como el modo de abordar las problemáticas sociales de la población, entendiendo por ello el individuo y su entorno.

Desde el ámbito de la política sanitaria, se puede afirmar que “lo psicosocial” es parte de una nueva forma de organizar la atención de salud, que considera en la comprensión de la salud factores no solo biológicos, sino también, psíquicos y sociales. Colomer define el modelo “biopsicosocial” como “el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física, mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familias y comunidad, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a un medio ambiente físico, social y cultural” (Colomer, 2001, p. 90)

Cabe destacar, que la asunción del modelo biopsicosocial, trae consigo la propuesta de los llamados “trabajos comunitarios en salud”, pasando, tanto “lo social” como “lo comunitario”, a ser nociones discursivas que entran en las prácticas sanitarias.

#### **4. Lenguaje de riesgos**

El lenguaje de los riesgos, como lenguaje social no es un lenguaje unitario, por tanto, su comprensión, su análisis y su práctica, están estrechamente ligado a la singularidad del uso en diferentes contextos que se inscriben en dominios del saber-hacer, como específica forma de gobierno. Así, proponemos que el lenguaje de los riesgos, es una práctica discursiva que sostiene estrategias de gubernamentalidad (Spink y Menegon, 2006).

Spink y Menegon (2006) proponen tradiciones discursivas del lenguaje de los riesgos que son formas específicas de su uso. Dos de ellas, aparecen ligadas al dominio del saber-hacer en salud:

- El gobierno de los colectivos, con medidas dirigidas a la población o grupos de población que “están en riesgo”. El uso discursivo en este contexto posiciona a las personas en diferentes espacios físicos y sociales, “sectores vulnerables”, “familias disfuncionales”, “Niños en riesgo social”. Todas estas “categorizaciones” permiten establecer campos de gestión para regular las relaciones y los modos de vida. Así se establecen por ejemplo, intervenciones educativas sobre habilidades parentales y estilos de crianza, campañas de prevención de embarazo de adolescente, redes de protección de los derechos del niño, etc.
- La disciplinarización de la vida privada de los individuos, que en la actualidad se expresa en el interés creciente por el control de las enfermedades crónicas a través de la tecnología médica. El conocimiento médico define nuevos modelos de control e informa a la persona como prevenir el riesgo y con ello le traspasa la responsabilidad de la autoadministración de la salud. Aquí ubicamos la promoción de los “estilos de vida saludables”, “la alimentación sana”, la importancia de hacerse un “chequeo preventivo” cada cierto tiempo, los “controles nutricionales” etc.

## **5. Gubernamentalidad.**

El concepto de gubernamentalidad es propuesto por Foucault en la década de los 70, para indicar las formas de poder y control de la población a través del gobierno de la conducta de los individuos (Rose, O'Malley y Valverde, 2012). Foucault propone que este arte de gobierno ha tenido distintas formulaciones. Las formas más recientes de gobierno, que se centra en el gobierno de sí, es decir, en el autocontrol o autogobierno de la conducta, es la creación de la racionalidad del gobierno en nombre de la libertad. (Rose, O'Malley y Valverde, 2012).

Los actuales pensadores gubernamentalistas, entre los que se encuentra Rose, plantean que esta nueva forma de gobierno se asocia al liberalismo avanzado y que enuncia la libertad individual y la auto-regulación de la conducta como nueva forma de gobierno. (Rose, 2007).

“Lo social”, que en los siglos recién pasados, ocupó el ámbito de un Estado, con un territorio bien delimitado y preciso, se ha diluido con los actuales procesos del neoliberalismo y con ello, ese mismo Estado tradicional se ha desdibujado, dando paso a una amplia esfera de gobierno desde diversos sectores y actores que sobrepasan las esferas estatales. (Rose, 2007).

Con la pregunta *¿muerte de lo social?* el autor, plantea que “lo social no es ya una zona clave, blanco y objetivo de gobierno” (Rose, 2007, p. 111). La gubernamentalidad, dice Rose, en el sentido foucaultiano “las liberaciones, las estrategias, las tácticas y dispositivos utilizado por las autoridades para crear y actuar sobre una población y sus componentes... parecieran que estuvieran asistiendo a la emergencia de un rango de racionalidades y de técnicas que tratan de gobernar, sin gobernar a la sociedad” (Rose, 2007, p. 113).

Las estrategias de pluralización y de autonomización, que caracterizan a muchos programas contemporáneos destinados a reconfigurar las tecnologías sociales desde distintas partes del espectro político, muestran una tendencia hacia una “des-gubernamentalización” del Estado y hacia una “des-estatalización del gobierno”, un fenómeno que está relacionado con una mutación en el concepto de “lo social”(...)  
La relación entre el individuo responsable y su comunidad autogobernada sustituyó la relación que previamente existía entre el ciudadano social y su sociedad común.  
(Rose, 1996, p. 16).

Este análisis lleva a Rose, a considerar “lo comunitario” y “la comunidad”, como una tecnología gubernamental, que pasó a ocupar el lugar de “lo social”, pero ya no como forma de nombrar lo colectivo, sino de instaurar la responsabilidad individual y las lealtades hacia la comunidad a la que cada individuo pertenece.

Lo que comenzó como un lenguaje de resistencia y crítica, fue transformado, sin duda por motivos fuertes, en un discurso experto y en una vocación profesional: la comunidad es ahora algo a ser programado por los Programas de Desarrollo Comunitario, vigilada por la Policía Comunitaria, custodiada por los Programas de

Seguridad Comunitaria y hecha inteligible mediante los “estudios comunitarios” realizados por sociólogos. Las comunidades se convirtieron en zona a ser investigadas, mapeadas, clasificadas, documentadas, interpretadas, sus vectores explicados por futuros-profesionales-iluminados en incontables cursos universitarios, y para ser tomadas en consideración en numerables entrevistas entre profesionales y sus clientes, cuyas conductas individuales, ahora, se vuelven inteligibles en términos de las creencias y los valores de “su comunidad”. (Rose, 2007, p. 119).

Tal propuesta, pone en cuestión el discurso de “lo social”, “lo comunitario” y los “Programas *sociales*” en las políticas públicas actuales y nos lleva a preguntarnos qué se entiende por “lo social” y por tanto cómo es practicado tal discurso.

## **6. Epidemiología crítica**

La Epidemiología es el brazo diagnóstico de la salud colectiva y se le atribuye la capacidad para producir la imagen de la salud de una sociedad. Como toda ciencia, la epidemiología ha sido terreno de disputas y controversias que responden más que a aspectos técnicos a relaciones de poder. En la actualidad la epidemiología crítica se constituye como un discurso contra-hegemónico que pugna por definir el campo de la salud colectiva. (Breihl, 2011).

La comprensión de la salud como inseparable del contexto social es la base del planteamiento de los epidemiólogos críticos, quienes afirman que los determinantes sociales de un momento histórico y lugar determinado constituyen la comprensión del objeto salud, y a su vez, esta comprensión sobre salud reafirma estas estructuras sociales que posibilitaron su emergencia. Así, este discurso crítico considera a la salud pública como funcionalista en la medida que este entiende y atiende el proceso de salud enfermedad de manera focalizada en individuos y grupos “riesgosos” sin cuestionar el orden político o la estructura social que mantiene ciertas relaciones que posibilita, deteriora y determina la salud. La Epidemiología Crítica analiza la salud colectiva desde “la relación entre estructura social y salud; recuperando categorías

fundamentales de las ciencias sociales críticas, como sistema económico, trabajo y clase social, que habían sido barridas de los modelos de la salud pública oficial” (Breilh, 2011, p. 29).

La epidemiología crítica estudia el proceso salud – enfermedad en el contexto social, considerando los efectos de los cambios de las condiciones sociales a lo largo del tiempo. El perfil epidemiológico de un colectivo social o institucional en una determinada sociedad requiere un análisis de múltiples niveles para comprender por qué y cómo las condiciones sociales, tales como la reproducción social, la producción económica, la cultura, la marginalización y la participación política, se organizan históricamente en distintos modos de vida característicos de los grupos situados en diferentes posiciones dentro de la estructura de poder y determinan un acceso diferencial a condiciones favorables o protectoras, o a condiciones desfavorables o destructivas, estableciendo la dinámica del proceso salud – enfermedad. (Breihl, 2002, p. 131).

### III MARCO METODOLÓGICO

#### 1. Análisis crítico del discurso (ACD)

Para fines de esta tesina, ocupamos la propuesta metodológica de Van Dijk, que toma el ACD como “un tipo de investigación analítica sobre discurso que estudia primariamente el modo en que el abuso del poder social, el dominio y la desigualdad son practicados, reproducidos, y ocasionalmente combativos, por los textos y el habla en el contexto social y político”. (Van Dijk, 1999, p. 23). La pertinencia de la opción está dada por el carácter social, político e histórico que adquiere el método, cuestiones que están en el interés de nuestra investigación: comprender el contexto, la intencionalidad política, el interés de gubernamentalidad del uso discursivo “biopsicosocial”.

A través del ACD se realiza un detallado y sistemático “análisis de las estructuras y estrategias de texto y habla, y de sus relaciones con los contextos sociales y políticos” (Van Dijk, 1999, p.24) Ello, permite dar cuenta del “uso” y “los efectos” de los discursos.

El análisis entre un nivel micro y uno macro, considerando su nexos, nos proporciona “el marco que nos permitirá explicar cómo las acciones sociales y los usuarios del lenguaje consiguen ejercer, reproducir o desafiar el poder social, de los grupos y de las instituciones” (Van Dijk. 1999, p. 26).

Es por lo anterior, que el análisis que desplegamos consideró ambos niveles. Por una parte, el campo global del sistema de salud de un país en un proceso histórico político específico (macro nivel) y por otra parte, el discurso y sentido local de los profesionales de los servicios de salud (micro nivel). Entrelazar el macro y el micro nivel, nos permitió un análisis más completo del uso del discurso biopsicosocial como práctica social, dado que lo micro y lo macro son más bien una separación metodológica y en la práctica son un continuo interrelacional e intertextual. “En la realidad social de la interacción y de la experiencia cotidiana, los fenómenos de los niveles micro y macro forman un todo unificado. Un discurso racista de un miembro del parlamento es un acto perteneciente al micro-nivel, ejecutado por un político individual o por el miembro del partido, pero al

mismo tiempo es parte constitutiva de un acto legislativo de la institución parlamentaria en el, macro nivel, o de la política de inmigración de una nación-estado” (Van Dijk, 1999, p. 25). Así entonces, “Tanto a nivel micro de la lexicalización, el significado y la coherencia local de las oraciones, así como en el nivel macro de los tópicos y del sentido global, las ideologías subyacentes pueden afectar en múltiples formas la semántica del discurso” (Van Dijk, 1996, p. 28).

## **2. Campo de estudio**

El giro desde lo biomédico a lo biopsicosocial, como una práctica discursiva de la salud pública (con todas las implicancias, transformaciones y aplicaciones que tiene) es el campo de estudio de la presente investigación. Desde la década de los 90 y tomando el contexto de transición política, se han realizado importantes reformas en la institucionalidad de la salud chilena. El hegemónico discurso biomédico ha ido transmutando a un nuevo discurso, que se ha denominado visión biopsicosocial, recogiendo los nuevos aportes paradigmáticos surgidos de las prácticas sociales y comunitarias y de las críticas hechas desde las ciencias sociales.

Demarcamos entonces, nuestro campo de estudio a este cambio de modelo como una práctica discursiva, considerando el contexto histórico en que emerge y el uso discursivo y efectos sociales en los servicios de salud. Los principales elementos del campo de análisis fueron:

- Contexto histórico político
- Textos institucionales referentes al cambio de modelo en salud.
- Discurso de diferentes profesionales de los servicios de salud

## **3. Forma de producción de datos y muestreo**

La producción de datos se efectuó a través de entrevistas a actores claves y de la selección de textos escritos, los cuales se convirtieron en las unidades de análisis (cuadro 1) de nuestra investigación (La muestra o corpus).

a) Entrevistas:

Se realizó entrevistas a actores de los servicios y programas de salud:

- Una trabajadora social en práctica, en un hospital de la región metropolitana, programa “Chile Crece Contigo”.
- Dos psicólogas de un Cesfam de región metropolitana.
- Una enfermera de un Cecosf en Peñalolén.

b) Textos escritos:

Se seleccionaron para el análisis, apartados de dos documentos del Minsal asociados al cambio de modelo:

- “De consultorio a centro de salud” de 1993, apartado “Marco de referencia para un nuevo modelo de atención”.
- “Trabajo comunitario en salud: guía técnica metodológica” de 1994, apartado “Las actuales políticas gubernamentales”.

| <b>UNIDAD DE ANÁLISIS</b>                               | <b>CODIFICACIÓN</b> |
|---|---------------------|
| Apartado del texto de Minsal de 1993                    | M93                 |
| Apartado del texto de Minsal de 1994                    | M94                 |
| Entrevista a Psicólogas de Cesfam                       | PS1 y PS2           |
| Entrevista a Trabajadora Social en práctica en Hospital | TS                  |
| Entrevista a Enfermera de Cecosf                        | ENF                 |

**Cuadro 1:** *Codificación de las unidades de análisis.*

#### **4. Pasos del ACD**

Se recogieron datos de las entrevistas y textos según los elementos de los objetivos definidos para nuestra investigación. Para ello, se construyeron tópicos de conversación para las entrevistas y focos de indagación para textos escritos (cuadro 2), que nos permitieron obtener datos para el análisis y construcción de resultados.

| <b>Objetivos</b>  | <b>Tópicos de conversación para entrevistas</b>   | <b>Focos de indagación para textos escritos</b>  |
|---|---|--|
| 1 Analizar el uso del discurso biopsicosocial del ministerio de salud en la década de los noventa y de los servicios de salud en la actualidad. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprensión del modelo biopsicosocial-</li> <li>- Integración y aplicación del modelo en la atención de “pacientes” o usuarios”</li> <li>- Rol de los profesionales de los equipos de salud.</li> <li>- Forma de participación de la comunidad.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentación del modelo biopsicosocial.</li> <li>- Referencias al contexto.</li> <li>- Propuestas prácticas del modelo.</li> <li>- Referencias a la comunidad</li> </ul>  |
| 2 Identificar los efectos discursivos de lo “biopsicosocial” en los servicios de salud pública.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cambios que se han producido en los equipos de salud.</li> <li>- Cambios en la población (usuarios, familias, comunidad, grupos).</li> <li>- Cómo se evalúa el abordaje de las problemáticas (Diagnóstico, comprensión, soluciones...)</li> <li>- Caracterización de las personas y grupos que se atienden. A qué grupo van dirigidos los diferentes programas o servicios.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentación de objetivos y metas.</li> <li>- Referencias a experiencias prácticas implementadas o en proceso de implementación.</li> <li>- Descripciones de roles de profesionales y equipos de salud.</li> <li>- Recomendaciones para la implementación.</li> </ul> |

**Cuadro 2:** *Tópicos de conversación y focos de indagación.*

Posteriormente procedimos al análisis utilizando algunos elementos metodológicos de ACD propuestos por Van Dijk:

- Análisis de Macrotemas
- Análisis de los significados locales, (formas de significado tácito o indirecto, implicaciones, presuposiciones, alusiones, ambigüedades, omisiones, polarizaciones).
- Análisis de las estructuras formales “sutiles” y marcadores lingüísticos (El énfasis, el orden de las palabras, la organización esquemática, las figuras retóricas).
- Análisis de las específicas realizaciones lingüísticas, por ejemplo, las hipérboles, las lítotes, etcétera.
- Análisis del contexto.

## IV INFORME DE RESULTADOS

En las décadas de los 70 la OMS y la OPS realizan importantes recomendaciones para afrontar las problemáticas sanitarias de los países, poniendo especial relevancia en la atención en salud. En este marco, promueven un nuevo modelo para comprender y actuar ante los procesos de salud/enfermedad: el Modelo biopsicosocial. Chile, en el periodo denominado transición “democrática”, iniciado en 1989, toma las recomendaciones de estos organismos internacionales y lleva a cabo nuevas propuestas de políticas públicas en salud de nominación biopsicosocial. Así, “lo biopsicosocial” empieza a aparecer discursivamente en los textos oficiales del Minsal, lo que se traspa a los servicios de salud.

En el análisis de los extractos de dos textos del Minsal, “De consultorio a Centro de Salud” (1993) y “Trabajo Comunitario en Salud, Guía Técnica Metodológica” (1994) y las entrevistas hechas a profesionales de servicios de salud (trabajadora social en práctica, dos psicólogas y una enfermera), encontramos que la discusión en torno a los modelos de comprensión y actuación en salud, el biomédico y el biopsicosocial, está cargada de controversias que no solo se inscriben en una discusión teórica-epistemológica, sino que alcanza a cuestiones políticas y sociales.

En lo que sigue, damos a conocer algunos de los elementos del análisis que demuestran lo antes mencionado.

### 1. Retórica de un cambio

*El cambio*, aparece como un macrotema que atraviesa el discurso de lo biopsicosocial. Lo encontramos primeramente en los títulos de los textos del Minsal analizados: *Marco de referencia para un **nuevo** modelo de atención* (1993) y *Las **actuales** políticas gubernamentales* (1994). Los títulos nos indican la naturaleza de cada texto, el primero se trataría de los elementos y principios generales que rigen el cambio de modelo de

atención (del biopsicosocial al biomédico) y el segundo las propuestas prácticas o líneas de acción a nivel nacional a partir del nuevo. Es así que los textos nos remiten y nos sitúan en una situación de “cambio”, de “giro” que pone juego una confrontación de prácticas discursivas.

Al analizar los textos, vemos que se articula discursivamente dos contextos de cambio: un nuevo contexto sanitario (*la nueva situación de salud, la transición demográfica, epidemiológica*) y un nuevo contexto político (*“considerando las nuevas experiencias del periodo de gobierno de transición democrática...y la actitud de la población frente a la salud*):

*Bajo el marco conceptual establecido, considerando las nuevas experiencias del periodo de gobierno de transición democrática y teniendo en cuenta la nueva situación de salud, la transición demográfica, epidemiológica y la actitud de la población frente a la salud, el MINSAL formula sus orientaciones para el quehacer de la atención primaria...(T93)*

a) Consideraciones en torno al nuevo contexto sanitario.

Encontramos primeramente que lo bio-psico-social se nombra como un opuesto al modelo biomédico:

*El modelo de atención en salud aplicado en Chile desde hace varias décadas, demostró sus bondades y eficacia en forma categórica, al contribuir fundamentalmente, en la notable mejoría de los indicadores de salud que el país ha logrado. Esto se debe en gran medida a que contribuyó un modelo adecuado a la situación epidemiológica en la que debió actuar, pues las enfermedades que mayores y más precoces muertes provocaban, fueron vulnerables al tipo de estrategias utilizadas. Sin embargo este modelo, sustentado en una concepción biomédica de la salud, se ha hecho insuficiente para dar cuenta de los actuales desafíos. (M93)*

La polaridad que se expresa entre lo biomédico y lo biopsicosocial, no es antagónica, es más bien ambigua y aparente; hay un intentó por mantener inalterada la imagen positiva de “lo biomédico” y sostener su posición como una respuesta eficaz posible,

que si bien se nombra como un campo limitado para los desafíos del presente, las hipérboles “*demonstró sus bondades y eficacia en forma categórica, al contribuir fundamentalmente, en la notable mejoría*” de los indicadores de salud que el país ha logrado le otorga un lugar de legitimidad comprobada.

También la polarización entre los modelos, es expresada de forma muy abstracta: lo bio-psico-social como un modelo “*más integral*” “*Una perspectiva más amplia*”. Y lo biomédico como “*Un marco limitado... para enfrentar el nuevo desafío*”.

*Los desafíos del presente, justifican la necesidad de modificar la concepción de salud, desde una biomédica más centrada en la enfermedad, hacia otra biopsicosocial, centrada en la salud desde una perspectiva más amplia. (M93)*

*La concepción biomédica de la salud es... un marco limitado para enfrentar el nuevo desafío. (M93)*

“*Campo limitado*” y “*perspectiva más amplia*” son semánticas discursivas imprecisas, que nos llevan a inferir la necesidad de “ampliar” el campo “limitado” de lo biomédico, agregando o añadiéndole aspectos “*más amplios*”, en esto se incluye lo psicosocial, y que sin embargo, es más bien restringido como veremos más adelante.

*por ejemplo cuando el tema es más emocional va la psicóloga o tratamiento por temas de medicamentos que la persona dejó, eso también lo ven con el médico, entonces va dependiendo del caso si se mete la psicóloga con el médico, la matrona con la asistente social, va dependiendo de, se va decidiendo (TS)*

Por otra parte, al mantenerse el prefijo “bio”, en el nuevo modelo, la mirada biologicista sigue intacta. El término “Bio-psico-social”, está separado por guiones, lo que habla de elementos distintos que se suman, al contrario de una perspectiva holística que consiste en una interacción múltiple de interdependencia que implica el todo y no solo de la suma de los componentes. El orden de las palabras nos indica el orden de las cosas. Lo bio-psico-social aborda las problemáticas de salud/enfermedad teniendo como punto de partida lo biológico en primer lugar, después lo psicológico y al último lo social.

En la práctica, esto se traduce en la atención prioritaria a “lo biológico”; y a los programas e intervenciones médicas ocupando gran parte de los servicios de salud. La alta demanda de la población hacen colapsar un sistema que aún no es capaz de llegar a la meta que propuso la OMS para el 2000, llamada “Salud para todos”. Ello obliga a optar por las intervenciones que se creen más urgentes o pertinentes, prefiriendo “lo médico”; sigue en consecuencia, una medicalización de la atención. Lo anterior responde a que la mirada biomédica sigue ocupando la hegemonía de la explicación sobre la salud y la enfermedad.

*Lo que sí es lamentable, es que todavía trabajamos con 20 minutos por paciente y los médicos por morbilidad ven por 10 minutos al paciente. O sea dígame el motivo porque hoy viene, qué siente, qué le paso, desde cuándo y tatata y hace interconsulta, da los remedios, las recetas y listo, hasta luego, me viene a ver en diez días si no le ha pasado, mejor... entonces no hay tiempo para, todavía no hay tiempo para el paciente, darle más cabida a que exprese porque se lo dejan para adentro. (ENF).*

*Yo que trabajo desde el 89, dije todavía nos pisamos la cola, lo dije en la reunión, porqué, porque estamos en la parte tratamiento, en la parte ya de curaciones y ya no es preventiva la cosa (ENF).*

*Finalmente, a mí me pasa como profesional, no te podí resistir como a lo biomédico, independiente que la mirada o el paradigma este cambiando hay cosas que son médicas, hay cosas que efectivamente son orgánicas no todo es solamente ambiental y teni que manejarlo, seguramente no voy dar la respuesta inmediata pero hay que ir leyendo, hay que cachar de remedios, porque finalmente estamos trabajando en salud y todavía ciertas soluciones, porque la cura se ve en el fármaco, se ve en el doctor, (PS1)*

A “lo bio”, le sigue “lo psico”, es aquí donde se desarrolla principalmente lo “agregado” a la mirada biomédica. Hay que señalar primero, que “lo psico”, aunque aparece en algunos aspectos separado de “lo social” (especialmente cuando se habla de salud mental y las patologías asociadas), suele entenderse como un solo aspecto o factor, el “psicosocial”. Se entiende que los procesos de salud/enfermedad, requieren de un tratamiento “más integral” y con ello se señala que los factores psicosociales permiten tener esa mirada “más integral”, entendiéndose por ello, el individuo y su entorno.

*La aplicación de una concepción biopsicosocial de la salud exige considerar a la persona integralmente inserta en su medio ecológico: familia, barrio, trabajo, escuela, medio ambiente. (M93)*

En consecuencia, lo que se denomina “lo social”, viene a ser el individuo y su entorno. Hay entonces, una comprensión psicologizadora e individualizadora de las problemáticas.

*...si había algún tipo de descompensación anímica, o había llegado con alguna descompensación porque tenía temas desde su historia un poco o relacionado con su proceso gestacional, no había como quién pudiera acoger esto, más que la matrona y los médicos, entonces la psicóloga viene un poquito a hacer este rol, como para cubrir un poquito esa área. (TS)*

*...el tema social que tiene que ver con ayudas por temas de prestaciones a mujeres que llegan al hospital, que de repente llegan mujeres que no tienen donde llegar después de la salida del hospital, mujeres que tienen temas de consumo, situación de calle, mujeres que en ocasiones querían rehabilitarse, otras que no, pero no había quién un poco filtrara todo esto, porque la otra asistente social podía tomarlo un poco, pero tenía mucha otra pega. (TS)*

*Evidentemente que las demandas que hoy en día nosotros recogemos acá como particular cesfam responde mucho al ambiente psicosocial, al contexto social, no es menor que las problemáticas o las demandas que nos plantean nuestros usuarios tengan denominadores comunes, los ciclo vitales marcan ciertas problemáticas de salud mental, ciertos trastornos adaptativos, condiciones laborales, deserción escolar, consumo de drogas, qué consumo de drogas, qué tipo de drogas se consumen en esta comuna en particular (PS1)*

*... atendemos al paciente desde la esfera de (...) tanto de su entorno familiar, relaciones familiares, sobre todo los crónicos, ah porque los diabéticos por ejemplo es muy difícil que un diabético esté estimulado si la familia come por decirte, comida chatarra, sal, azúcar y de todo y no lo ayuda. Entonces, nosotros tenemos que ver qué pasa con esa parte, que pasa con la parte emocional, que tiene mucho que ver, son factores estresores, para tener compensados a los pacientes y es una parte que por lo menos nosotros tenemos que informarnos para poder dar un consejo, (ENF)*

“Lo social” entendido como colectivo, como sociedad, si bien aparece en los textos del Minsal, especialmente con lo referente a la participación, el trabajo comunitario y la intersectorialidad (cuestión que analizaremos más adelante), en el discurso de los profesionales de salud está ausente; “lo social” se representa, como dijimos anteriormente, como el individuo y su entorno (sea este familiar, comunitario, laboral...)

Por otra parte, al nuevo modelo se le exige responder con la misma eficacia que el modelo biomédico. Con ello, lo biomédico queda como referente para lo biopsicosocial.

*El modelo de intervención en salud debe modificarse, si se pretende repetir hoy, el impacto que se logró frente a la situación de salud que caracterizaba al país en el pasado. (M93)*

El uso discursivo de lo biopsicosocial en las unidades analizadas, contribuye por tanto a conservar y reproducir la hegemonía médica.

Dentro de este marco discursivo, encontramos las representaciones del nuevo modelo expuestas por el Minsal:

*Los problemas de salud deben ser comprendidos como multifactoriales, debiendo considerarse para su entendimiento variables no sólo de índole biológica sino también de carácter psíquico, social, cultural y ambiental. (M93)*

La comprensión de los problemas de salud propuesta en el párrafo anterior introduce variables que no se circunscriben solo a la “teoría del germen” para explicar “la enfermedad”. Se pone en juego los determinantes que exceden lo biológico. Aquí, caben los determinantes sociales, culturales, ambientales que menciona el texto. Sin embargo, ello aparece como una recomendación general, a modo de meta-proposición para entender los procesos de salud/enfermedad, sin situarlos en el contexto histórico político en el que se lleva a cabo la política pública de salud.

## b) Consideraciones en torno al nuevo contexto político

Para ilustrar la vinculación que existe entre el cambio discursivo de lo biomédico a lo biopsicosocial y el discurso sobre el cambio de contexto político presentamos los siguientes textos:

*...considerando las nuevas experiencias del periodo de gobierno de transición democrática (...) el MINSAL formula sus orientaciones para el quehacer de la atención primaria...(M93)*

*El contexto de democratización e implementación de políticas de descentralización nacional, ha replanteado en el país los temas de trabajo comunitario y participación social. (M94)*

Aparece la figura de “*transición democrática*” y de “*contexto de democratización*” como punto de partida que permite plantear y llevar a cabo políticas de salud. Con ello queda establecido el vínculo que existe entre la formulación de la política sanitaria y el contexto de “*democratización*” que acontece en Chile a partir de 1989. La palabra “*replantear*” tiene un doble significado: un volver a plantear que por una parte señala un cambio de planteamiento (algo nuevo) y por otra parte, un retorno de planteamiento. En ambos casos, lo que se quiere decir, es que el gobierno de la transición democrática, se diferencia del régimen militar anterior lo que se expresa en el “*replanteamiento*” de las políticas públicas, en este caso, las nuevas políticas sanitarias bajo un nuevo modelo de salud. Las nuevas políticas toman dos aspectos retóricos que se asocian a democracia, “*Trabajo comunitario*” y “*participación social*”, que estarían ausentes en las políticas en el periodo del gobierno militar.

*Esta concepción si bien no es novedosa en la tradición de la medicina social que ha caracterizado al país, ha estado en gran medida ausente de la práctica sanitaria en los últimos años (M93).*

El diferenciarse del régimen militar, aparece indirectamente cuando se alude a la ausencia de la concepción “*biopsicosocial*” en la práctica sanitaria de los “**últimos años**”. El texto sugiere que durante los años del gobierno militar la tradición de la

**“medicina social”** (vinculada en el mismo texto al modelo biopsicosocial) **“que ha caracterizado al país”**, ha estado ausente. Al asociar, las políticas que se “replantan” en el gobierno de transición democrática, al trabajo comunitario y participación social, lo que resulta como ecuación lógica, es que durante el régimen militar no fue posible el trabajo comunitario y la participación social en salud. Cuestión que sería practicable en el nuevo gobierno democrático.

*...durante el periodo comprendido entre 1990 y 1993, se han promovido y desarrollado diferentes líneas de acción, orientadas a impulsar la participación social y comunitaria y a crear las condiciones básicas para su desarrollo. (M94).*

La vinculación entre el cambio de modelo en salud y el contexto social y político, está atravesada entonces, por la presentación a modo de campaña política, de un proceso de democracia que necesita posicionarse con legitimidad ante la sociedad chilena.

## **2. El modelo biopsicosocial y los efectos discursivos en los equipos de los servicios de salud.**

La reconfiguración del sector salud se justifica según los textos del Minsal, dado los desafíos que enfrenta el gobierno de Patricio Aylwin, a los que se pretende dar respuesta. Aunque el modelo “biopsicosocial” ya circulaba como directriz a nivel internacional desde la conferencia de Alma-Ata en 1978, la transición política al “nuevo gobierno” supuso la condición social de producción para que “lo biopsicosocial” se convirtiera en política oficial en el país. La perspectiva biopsicosocial al ser propuesta como necesidad por el ministerio de Salud, se constituye en un discurso declarativo de un nuevo orden a ser implementado en cada institución de salud Estatal.

*Los desafíos del presente, justifican la necesidad de modificar la concepción de salud, desde una biomédica más centradas en la enfermedad, hacia otra biopsicosocial, centrada en la salud desde una perspectiva más amplia... (M93)*

Esta reconfiguración en el sector salud implica la adopción por parte del Estado de una perspectiva que integra nuevas dimensiones para entender la problemática sanitaria, lo

que observamos en el giro discursivo de lo “bio-médico” a lo “bio-psico-social”. El término “Bio-psico-social” al ser una palabra compuesta por tres dimensiones diferentes, como observamos en el análisis hecho anteriormente, representa, según lo que se desprende de la descripción hecha por el Minsal, la perspectiva capaz de responder a cada dimensión involucrada en los problemas de salud: lo biológico, pero también lo psíquico, social, cultural y ambiental. La ausencia de referencia a lo económico es una involución respecto de la medicina social chilena.

*Los problemas de salud deben ser comprendidos como multifactoriales, debiendo considerarse para su entendimiento variables no solo de índole biológica sino también de carácter psíquico, social, cultural y ambiental... (M93)*

*La aplicación de una concepción bio-psico-social de la salud exige considerar a la persona integralmente e inserta en medio ecológico: familia, barrio trabajo, escuela, medio ambiente. También exige considerarla a través de todo su ciclo vital, lo que significa adecuar la oferta asistencial a las diferentes etapas de la vida... (M93)*

Si el modelo biomédico dominaba o domina con su saber experto los fenómenos orgánicos de salud/enfermedad el modelo “bio-psico-social” señala conocer y dominar otras áreas más allá del aspecto orgánico/biológico. En consecuencia, al adoptar el modelo biopsicosocial, el sector salud entra a aumentar su “oferta asistencial” en temas relacionados con el bienestar mental y social. El efecto mediato es la “amplitud” del conocimiento de las instituciones sanitarias, requiriendo la incorporación de otros saberes para responder las nuevas variables. Lo “interdisciplinar” como una particular característica del modelo, se hace, según el discurso, “una necesidad imperiosa”, considerando que el médico no abarca las dimensiones psicosociales, por tanto se necesita la incorporación de Psicólogos y Asistentes sociales en los servicios de salud.

*El campo del conocimiento en torno a la salud se amplía y se diversifican las maneras de aproximarse a éste. Los profesionales del sector dejan de ser los únicos portadores y dueños de este conocimiento. Surgen otros sectores y personas calificados para adquirir, aplicar y enseñar salud; el saber se comparte, haciéndose más democrático... (M93)*

*El conocimiento necesario para actuar en salud se torna tan vasto que una sola disciplina queda sobrepasada. Surge entonces la interdisciplina y el trabajo en equipo como una necesidad imperiosa y no sólo como una alternativa deseable desde el punto de vista organizacional... (M93)*

*El enfoque biopsicosocial (...) tuvo que ver un poco con ampliar el campo al trabajo más interdisciplinario, que los doctores se pudieran poner de acuerdo y evaluar también las situaciones con las asistentes sociales, con las psicólogas...(TS)*

Al representar “lo bio-psico-social como dimensiones diferentes, lo que se construye en la práctica es un entendimiento de lo interdisciplinar, no como una interacción, sino como una fragmentación del trabajo, el psicólogo para la variable o dimensión “psico” y el trabajador social para “lo social”.

*Entonces, cuando aparece el programa Chile Crece Contigo, la idea es incorporar, a raíz también del tema del desarrollo biopsicosocial, una mirada más transdisciplinaria, entonces incorporan al equipo, primero psicólogas, eh que trabajaban todo el tema del acompañamiento del proceso de parto, en el parto y en el post, o sea en recuperación (...) que eso no existía antes, o sea si había algún tipo de descompensación anímica, o había llegado con alguna descompensación porque tenía temas desde su historia un poco o relacionado con su proceso gestacional, no había como quién pudiera acoger esto, más que la matrona y los médicos, entonces la psicóloga viene un poquito a hacer este rol, como para cubrir un poquito esa área. Y a su vez también se incorpora después la asistente social, específicamente a maternidad de Chile Crece Contigo para ver el tema social que tiene que ver con ayudas por temas de prestaciones a mujeres que llegan al hospital, que de repente llegan mujeres que no tienen donde llegar después de la salida del hospital, mujeres que tienen temas de consumo, situación de calle, mujeres que en ocasiones querían rehabilitarse, otras que no, pero no había quién un poco filtrara todo esto... (TS).*

Lo biopsicosocial queda atrapado entonces en la controversia de dos modos de entender la salud, “el médico” y “el “psicosocial”, perdiendo con ello lo novedoso del modelo que proclamaba el Minsal. La palabra misma, contiene la controversia, “lo bio” que reafirma lo biomédico y “lo psico-social” como el apéndice. Estos dos posicionamientos discursivos, se caracterizan por una disputa hegemónica. Por una parte, el campo del médico es delimitado y distinto al del trabajador social, del

psicólogo, o de la dupla psicosocial; el médico es quién lleva el tratamiento de la enfermedad, tal y como se ha venido practicando por años; y como complemento a su práctica, otorgándole la dimensión “psicosocial” a esta “intervención”, el trabajador social, el psicólogo o la dupla, “acompaña”, “visita a domicilio”, “vincula con instituciones”, “fortalece las redes”, “planifica y ejecuta talleres”. Se desprende de esta práctica, que la intervención psicosocial, está subsumida a la médica, lo mismo que los profesionales de “lo psicosocial” al profesional médico. Así, los aportes teórico-prácticos de cada disciplina no tendrían una valoración simétrica, lo que lleva a los llamados “equipos psicosociales” estar en una permanente lucha por ganarse un espacio de legitimación en los servicios de salud.

*Cuando los llaman a reuniones, a veces no lo llaman a ellos como equipo psicosocial. Las reuniones de médicos son de años, porque obviamente esto viene parado desde una estructura biológica-médica, entonces hace años vienen haciendo sus reuniones, sus incorporaciones, van incorporando a las matronas, etc. pero incorporar al equipo ha sido más difícil. Obviamente se han ido logrado avances, pero mucho tiene que ver con lo que ha hecho el equipo y lo que ellos solicitan al equipo y validándose a través de las intervenciones, de ir viendo cómo pueden apoyar a las intervenciones de estos espacios. Porque igual es difícil, entonces finalmente, yo creo que puede pasarle a varios equipos, pero por lo que yo vi, es una lucha constante para poder validarse psicosocialmente dentro del espacio médico... (TS)*

*cuando el tema es más emocional va la psicóloga, o tratamiento por temas de medicamentos que la persona dejó, eso también lo ven con el médico, entonces va dependiendo del caso si se mete la psicóloga con el médico, la matrona con la asistente social, va dependiendo de, se va decidiendo...(TS)*

*Entonces nosotros tenemos que ser flexibles, evidentemente validar nuestro espacio, que nos demos a respetar en el sentido que nuestro saber también es un saber, un saber distinto pero tan válido como todos los que están acá... (PS1)*

La articulación del discurso biopsicosocial, entre un macro y un micro nivel, es decir a nivel de la política nacional de salud y a nivel de los profesionales de los servicios de salud, forman un todo unificado de producción y reproducción discursiva que afecta de múltiple forma la semántica de “lo biopsicosocial”.

La “transdisciplinariedad”, la “integridad”, el “trabajo en equipo” son calificaciones que se señalan explícitamente como característica del nuevo modelo en el discurso a un macro nivel (Política nacional del Minsal), Sin embargo, a un nivel micro, en los discursos locales de los profesionales de los servicios de salud, se expresa explícitamente la dificultad de llevar a cabo tal propuesta transdisciplinaria, lo que se explica por la polarización entre “la mirada (bio)psicosocial” y la aún vigente “mirada biomédica”. Se podría pensar que las significaciones de lo transdisciplinar entre ambos niveles, el macro y el micro, indican una distancia discursiva, sin embargo, en un análisis más fino, lo que se observa es que hay una reproducción del discurso que pone en juego nuevamente la polarización entre el modelo biomédico y el biopsicosocial. Cuestión que remite a un contexto histórico social que no es el de 1990.

Desde el macro nivel se establece por una parte la diferenciación entre las dos modelos, se opta por el que se representa más adecuado para los desafíos actuales y por otro, sin embargo, se reafirma la eficacia del modelo anterior y lo erige como referencia para el nuevo modelo. Esta polarización imprecisa entre los modelos, se reproduce en los servicios de salud a modo de efecto discursivo, en la práctica de una permanente lucha por la hegemonía.

### **3. Prevención y promoción ¿nueva forma de hacer en salud?**

A partir de la “nueva” concepción de salud, el Minsal expresa la necesidad de cambiar el modelo de atención incluyendo acciones destinadas a la “prevención” y a la “promoción” de la salud. En estas acciones estarían dimensiones que exceden “lo médico” y “lo curativo”.

*... se precisa la necesidad de realizar un cambio en el modelo de atención, siendo necesario complementar las acciones de recuperación, con otras destinadas a la promoción y fomento de una mejor salud de las personas y sus comunidades; a la prevención, no solo de enfermedades, sino también de sus múltiples factores de riesgo; a la recuperación del entorno, dentro del contexto que lo rodea y a la rehabilitación de los discapacitados. (M93)*

La connotación que tiene la palabra “*complementar*”, no es la de una reciprocidad mutua ni de una armonía, en este caso, entre acciones. Complemento más bien, se entiende como “algo” que se agrega a otra “cosa base” para completarla o mejorarla.

Por otro lado, el foco sigue siendo la enfermedad orgánica, y “lo preventivo” y “lo promocional” se aplica como prevención de la enfermedad y promoción de la salud en la realización de exámenes médicos. Un ejemplo de ello es el Examen de Medicina Preventiva (EMPA) que consiste en un plan periódico de monitoreo y evaluación de la salud, que se aplica para reducir la morbilidad, en distintas etapas del ciclo vital, dirigidas a grupos etarios o de condiciones psicosociales con mayor riesgo a ciertas enfermedades. Dicho plan tiene la orientación de ser aplicado por todo el equipo de salud, por tanto la “dupla psicosocial” también tiene su rol en ello, ya que permite definir “planes de cuidado” en concordancia con el nivel de salud de la persona o del “caso” y la identificación de “factores de riesgo de enfermedades”. Con los resultados del EMPA, se realiza la planificación de “talleres”, “intervenciones educativas” o “educación grupal”, “visitas domiciliarias” y diferentes tipos de “consultas” y “consejería”. El uso de palabras con connotación médica como “exámenes” o “riesgo de morbilidad” en las intervenciones de carácter preventivo y de promoción, no viene más que afirmar la permanencia de la medicalización de la salud.

*...porque estamos en la parte tratamiento, en la parte ya de curaciones y ya no es preventiva la cosa (...) hay que hacer EMPA, Médico preventivo del adulto que se llama, lo puede hacer enfermera, nutricionista, médico ya, kinesiólogo también. Se hacen campaña abajo, acá nosotros recibimos, nosotros con la nutri, hacemos EMPA espontaneo cuando vemos que una persona hace año no se hace un control de salud, se lo hacemos, que no tenga enfermedad de hipertensión o diabetes, que no esté diagnosticada, esa es la condición, se le hace para ver y pesquisar las enfermedades cardiovasculares prevenibles, o tratar las enfermedades crónicas a tiempo, precozmente, eso, eso es preventivo. Lo otro es hacer talleres, también es preventivo, ir a jardines, hacer control de eso también es preventivo, ya, porque podemos captar una gran cantidad de niños obesos o con sobrepeso... (ENF)*

#### 4. Lenguaje de riesgos y focalización

Encontramos en el análisis que el discurso biopsicosocial está atravesado también por el lenguaje de los riesgos como parte constitutiva de la forma del saber-hacer del nuevo modelo. Así, el “riesgo” es el elemento que orienta por una parte, la identificación de las problemáticas y por otra parte, la definición de campos de gestión. En cuanto a la identificación de las problemáticas, el uso discursivo tiene la característica de posicionar a grupos e individuos que “están en riesgo”. En la definición de los campos de gestión el uso discursivo apunta a “prevenir e intervenir el riesgo”.

La focalización como operación de énfasis, está puesta en “los sectores pobres de la población”. El Minsal declara que la política de salud va dirigida “a los grupos de población en extrema pobreza” y a “sectores de ingresos bajos y medios”, además se vincula a dichos “sectores de pobreza”, con “factores de riesgo”, sea este “médico, social o cultural”. Por otra parte, la declaración va acompañada del uso de términos y frases que tienen connotaciones sociales positivas como “**solidaridad**”, “**equidad**”, “**privilegia este otorgamiento**” y con ello, se garantiza la posición de “bondad” del sistema de salud hacia los más “pobres”.

*Hoy día, haciendo suya la Declaración de Alma Ata y en conformidad con los principios de solidaridad y de equidad, el gobierno de Chile “privilegia en el otorgamiento de sus servicios de salud, a los grupos de población en extrema pobreza, a sectores de ingresos bajos y medios, a aquellos que habitan en lugares alejados o aislados del territorio y a otros afectados por factores de riesgo-médico, cultural o social. (M94)*

La asociación “pobreza” y “riesgo” permite establecer “quienes necesitan de intervención sanitaria”. Aparecen entonces elementos del modelo que nos remiten a la práctica de focalización de la intervención de los servicios salud, que tiene que ver con *complejidades*, con ciertas *realidades locales*, que *necesitan ser pesquisadas y vigiladas* epidemiológicamente, por ser susceptibles de situaciones riesgosas.

*Considera la complejidad de cada realidad local y la diversidad de problemas que deben enfrentarse. Propone aumentar la sensibilidad, para pesquisar más precozmente a*

*quienes necesitan de una intervención sanitaria. Mantener una vigilancia epidemiológica sobre la población, no sólo restringida a las enfermedades reconocidas, sino también sensible ante los factores de riesgo que puedan existir o aparecer. (M94)*

Junto con presentar los sectores que propenden más altamente al riesgo y que por tanto “necesitan” de la intervención de los servicios de salud de modo prioritario, se señalan cuáles “los riesgos”. El lenguaje de riesgo, es por tanto un discurso social que permite la caracterización de las personas y grupos sociales: “madres adolescentes”, “drogadictos”, “familias disfuncionales o monoparentales”, entre otros.

Lo relevante a destacar de este análisis, es que estas categorizaciones que hace el lenguaje de los riesgos, es una categorización de “los sectores pobres”. Así, los pobres son representados como el grupo social en donde existe “consumo de drogas”, “embarazos adolescentes”, “negligencia y bajas habilidades parentales”. “VIF”, etc.

*Por ejemplo, el embarazo adolescente ya es un riesgo, (...) la deserción escolar, mmm...en ocasión el VIF en alguna relación de pololeo, algún consumo de drogas o alcohol. Diferentes factores que sean riesgo para el embarazo o de crianza para el menor, por eso el programa contempla más o menos una visita hasta el año, y luego habrá también un tipo de seguimiento (...) Evidentemente que las demandas que hoy en día nosotros recogemos acá como particular cesfam responde mucho al ambiente psicosocial, al contexto social, no es menor que las problemáticas o las demandas que nos plantean nuestros usuarios tengan denominadores comunes, los ciclo vitales marcan ciertas problemáticas, de salud mental, ciertos trastornos adaptativos, condiciones laborales, deserción escolar, consumo de drogas, qué consumo de drogas, qué tipo de drogas se consumen en esta comuna en particular. Una chica o una mamá adulta esta, no sé po, en un escenario de violencia intra familiar, quizá el sistema económico que tienen es insuficiente, la calidad de vivienda no es la adecuada, siempre hay crianza de más de un hijo, quizá inmigrantes que también es un caso que se da mucho en Quilicura, (...) son condicionantes que lamentablemente no ayudan en el proceso de lactancia por ejemplo, (...) También existen otros espacios donde trabajamos con el trabajador social que es el MI, hay un protocolo que se llama maltrato infantil... (PS1).*

*“Si, eh, es perfiles que tengan algún riesgo, es que hay una pauta que se llama ePsA, que es de Chile Crece Contigo también y la manejan los consultorios, tiene ciertas variables que tienen que ver con el tema del riesgo dentro del embarazo, va por ejemplo,*

*la cantidad de controles que tuvo en el consultorio, si es que tuvo uno, varios o ninguno, emm si tiene apoyo familiar, los estudios, si tienen más de séptimo u octavo básico, o si es su primer niño o no, si es adolescente, si tienen varios niños más y se sabe de un historial de negligencia en el cuidado, se sabe si sus niños han estado institucionalizados, que no se ha hecho cargo de los niños, el tema de consumo, el tema de salud mental sin tratamiento, entonces son distintas variables que tienen que ver con riesgos dentro del tema del embarazo. (TS)*

*antes de yo venirme quería un diagnóstico de la comunidad donde iba a trabajar, se sabe que hay cierto grado de delincuencia, ha habido peleas en la plaza a cuchilladas, se han sabido, las han visto las chiquillas, han estado en riesgo, han tenido que llamar a carabineros, en fin, se sabe que ahí hay venta de alcohol ilegal en casas, hay venta de droga en algunas casas, pero es como el general rumor po', no sabemos dónde, eso corresponde yo creo que a PDI o carabineros, hacer redadas, o no sé limpiar o hacer alguna gestión, nosotros solo podemos ver a los jóvenes y hacer consejería o ser derivados al Cosam si están con una adicción marcada. (ENF).*

*Hay a veces madres que tienen hijos drogadictos acá, jóvenes, hijos drogadictos violentos incluso, es que acá hay una problemática de bastante difícil manejo, lamentable, o sea lamentable te digo yo, tengo cuatro hijos, todos adultos, una niña y tres niños y bueno, cuando son adultos uno no maneja si se copetean, si fuman, si esto, si lo otro, es la vida de ellos, pero uno como madre siempre está preocupada, hay muchos hogares mono parentales, que la madre es la madre-padre, padre ausente, se saca la mugre, no tiene control sobre los hijos, hay deserciones escolares, entonces hay toda una problemática aquí que hay que abordar desde ese punto de vista. (ENF)*

El lenguaje de riesgos, por tanto, al vincular estrechamente, pebraza y situación de riesgo, es un discurso social que produce y reproduce prejuicios, estigmatización y marginalización sociales.

Para finalizar este análisis, proponemos otro aspecto que produce el lenguaje de riesgo, esto es la responsabilización. El servicio de salud plantea un plan de trabajo e intervención a través de Centros de Salud que se insertan en medio de la población y “presta” diversos servicios. Sin embargo, la efectividad de dichos planes se traspassa a los “usuarios”, son ellos los responsables de asistir a controles, de respetar los tratamientos, de cambiar estilos de vida, etc.

*(...) tú sabes que en salud, el cambio no va a partir del servicio, el servicio presta asesoría, da consejería, da consejo, eh, aclara dudas, indica cosas que son precisa indicar como la medicación, o hábito o todas esas cosas, exámenes que tienen que hacerse, porque es importante estar compensado, cuales son los valores que se esperan, en fin. Pero lo demás, nosotros, al menos yo, a todos los pacientes les digo, usted sale de la puerta y la tarea es en la casa, (...) o sea, yo nunca estuve de acuerdo con el modelo paternalista que tuvimos en los años 70, 80, 90, en que todos nosotros, usted va a hacer esto, lo otro, lo otro y lo otro y si señorita, si señorita y era como, no sé, como niño, personas, caballeros de 50 años, personas de 60, eh no. Centrado en la persona, tomando en cuenta su problemática familiar, sus recursos económicos, porque nosotros trabajamos, esta población es población de riesgo, de bajos recursos económicos, de trabajos mal remunerados, porque no han tenido acceso por la escolaridad en general diría yo, yo llevo del 2012 trabando acá, dos años y ya más o menos globalmente me he hecho una idea, yo no tengo una estadística en estos momentos, así palpable, medible como debe ser, en forma sería profesional para decirte mira, tengo una estadística de tanta escolaridad, pero una ya se hace una idea viendo a los pacientes, (ENF)*

## V SINTESIS DE RESULTADOS

A continuación presentaremos una síntesis de los resultados del presente estudio para luego dar cuenta de los objetivos de la investigación.

- El discurso “biopsicosocial” contiene en sí mismo la controversia entre lo “biomédico” como modelo que determinó el saber-hacer en salud y lo “biopsicosocial” como el modelo que se implementa a partir de los 90 con la pretensión de ampliar su campo de acción en salud al considerar dimensiones no solo biológicas sino que psíquicas, culturales y sociales. Específicamente “lo social” es lo que genera controversia al interior del discurso, no solo si se atiende al campo de los servicios, sino al estado del arte científico y humanístico, acerca de “lo social”.
- En la implementación del modelo “biopsicosocial” en la salud pública el discurso del ministerio de salud ocupa una *retórica del cambio* que hace alusión a una transformación de un servicio limitado a uno que será más efectivo para las problemáticas sanitarias del país. Esta retórica del cambio nos remite a la “transición” de un gobierno militar a uno “democrático” y a la consiguiente transformación de sus políticas públicas.
- En el discurso biopsicosocial, “lo social” es reconfigurado y reducido a grupos e individuos focales y se entiende lo social de ello, limitando una causalidad social externa que se construye como el agregado de una familia y, en un sentido mucho más vago a un entorno próximo, donde “ocurren” enfermedades, lesiones y conductas que interesan a la gestión en el campo de la salud de acuerdo a sus prerrogativas.
- La controversia entre “lo biomédico” y “lo biopsicosocial” se traspasa a los profesionales al interior del espacio de los servicios y la atención de salud y se verifican pugnas, acuerdos y quiebres y modos de normalización que se siguen de ellas y ellos. Por un lado se reproduce lo “biomédico” como mirada hegemónica y por otra se va sedimentando las marcas de quienes se valen de lo “biopsicosocial”

para construir y atender los problemas de salud. Esto es relevante, pues desde el punto de vista crítico que defendemos, los problemas no están ahí afuera solamente, sino que depende de agentes que los significan como tales, y esto varía a nivel histórico y local.

- Las propuestas de intervención en las políticas sanitarias siguen estando focalizadas en el tratamiento de la enfermedad, siendo la prevención y la promoción de la salud agregados que complementan el tratamiento individual o “familiar” de la enfermedad.
- La introducción del lenguaje de “los factores de riesgo” le permite al modelo “biopsicosocial” focalizar en individuos y grupos la intervención en salud, por lo que la categorización serviría como campo de gestión de la salud pública.
- Esa categorización y focalización de la intervención sanitaria está dirigida a los sectores más pobres de la población que es donde se “ubican” los “riesgos”.

## **VI SÍNTESIS DE VALORACIONES Y DISCUSIONES FINALES**

El análisis se realizó considerando los objetivos de la investigación: analizar el giro discursivo de lo biomédico a lo biopsicosocial (general) y el uso del discurso biopsicosocial y sus efectos discursivos en los servicios de salud (específicos).

Una primera cuestión que ponemos en discusión a partir del análisis, es que el giro, a pesar de representarse como un distanciamiento crítico del modelo biomédico y como un nuevo modo de entender y hacer salud, guarda y defiende en su práctica discursiva la reproducción del poder biomédico y su tecnología y al limitar la actuación de las posibilidades de los marcos y saberes psicosociales y comunitarios, contribuye a conservar su hegemonía. Así, el modelo biopsicosocial como pretensión contra hegemónica, no es más que un esfuerzo por articular una mirada más “integral” en la comprensión de la salud/enfermedad. Lo que hay entonces es una controversia discursiva al interior mismo del discurso biopsicosocial.

Planteamos, basados en el análisis, que esta controversia, no se inscribe solo en una discusión teórica-epistemológica, sino que toca significativas dimensiones políticas y sociales.

### **1. Discusión teórico-epistemológica de la comprensión de la salud**

La controversia no tiene que ver tanto con la disputa por la hegemonía entre el modelo biomédico y biopsicosocial. Aunque está presente, la cuestión de fondo, es la comprensión de los procesos de salud/enfermedad y su abordaje. Se declara lo nuevo “social”, pero se conserva lo individuo-céntrico de la clínica tradicional como “el modelo” de atención y en el campo de la salud, es la “atención” lo que alcanza a las personas en los espacios locales.

El término “bio-psico-social”, en la forma de escribirse y en el orden que se propone en su enunciación, contiene ya la controversia expuesta. El “nuevo” modelo no logra desligarse de la mirada biologicista, que considera la salud como ausencia de la

enfermedad en individuos, es decir, ausencia de trastornos biológicos y psicológicos. “Lo social” en este marco discursivo, es apenas un apéndice reducido “al individuo y su entorno”, como el mismo discurso lo declara. El énfasis de sus programas “psicosociales” se dirigen a prevenir y promocionar la salud del individuo en su entorno familiar y comunitario inmediato. Es en este contexto, apenas individuo-céntrico, donde sitúa las problemáticas sociales. Y esto delata una epidemiología rudimentaria. No hay una intención de considerar efectivamente en la explicación y afrontamiento de las problemáticas de salud, a las condiciones que se asocian a las estructuras y dinámicas sociales como determinantes de los procesos de salud/enfermedad. Ello marca una distancia epistemológica con las perspectivas de la medicina social, la salud colectiva y la epidemiología crítica, ya de larga data en el mundo. No es posible atender a las problemáticas sanitarias sin considerar las condiciones sociales estructurales que producen, reproducen y sostienen un estado de cosas, máximo si el relato las minimiza o las convierte en un vago entorno del centro de salud, el box o el equipo y sus enunciados de la realidad.

Los planteamientos que hacemos, no pretenden desconocer los aportes que la biomedicina desarrolla en el tratamiento y mejoría de las enfermedades. Aquello sería un contrasentido.

Tampoco desconocemos que lo biopsicosocial amplía y enriquece la atención de salud al considerar nuevas dimensiones y nuevas herramientas para promover y mejorar la salud de la población.

Sin embargo, los aportes de la perspectiva crítica, nos permiten sostener que ambos enfoques poseen una manera reduccionista de entender las problemáticas de la salud de la población, ya que no considera las condiciones sociales de producción de dichas problemáticas. Esta cuestión es la que nos lleva a las dimensiones políticas y sociales de la controversia discursiva.

## **2. Discusiones políticas y sociales en torno a la concepción de salud**

Sostenemos con Breilh (2013), que el interés político de la fuerza material y cultural del mercado neoliberal, frena y distorsiona cualquier intento por ampliar el espectro biomédico hacia concepciones más integrales y sociales-estructurales en salud.

El modelo neoliberal se introduce en Chile durante la dictadura militar. Con el proceso de una democracia que fue “pactada”, se consolida el neoliberalismo. Este es el contexto social.-político que condiciona y marca socialmente la emergencia de “nuestro” y no “del” discurso biopsicosocial.

## **3. “Lo social” puesto en juego.**

Con lo expuesto hasta ahora, podemos afirmar que el uso del discurso biopsicosocial en nuestro contexto sociohistórico, reconfigura de manera problemática lo social y dicha reconfiguración tiende a atomizar lo colectivo y a relevar lo individual. Rose (2007), plantea que “lo social” entendido como el gran colectivo de una sociedad común, en el proceso del liberalismo avanzado, ha trasmutado a un discurso que releva “lo comunitario”. Sostenemos con él, que “lo comunitario”, guarda en sus modos de significación, una tendencia a relevar procesos de individualización más que de colectivización y cooperación; es un tipo de des-totalización al decir de Rose, que se expresa en una multiplicidad de “comunidades” donde dominan las lealtades individuales, a veces como único recurso para las personas.

En el discurso biopsicosocial “lo comunitario” es una retórica recurrente y se relata como un campo efectivo de intención y de gestión. Los servicios de salud son ofrecidos precisamente desde centros que se denominan, “comunitario” y “familiar” y se ubican geográficamente en lugares definidos como “territorialmente comunitarios”. Allí se despliegan las intervenciones propuestas por el “nuevo” modelo y sus particulares formas de gobierno. Esto se corresponde con lo que Rose y otros gubernamentalistas denominan, “*el gobierno a través de la comunidad*” (Rose, 2007, p. 119).

#### **4. El lenguaje de riesgos como estrategia de gubernamentalidad en los servicios de salud**

Dentro de la particular forma de gobierno que se despliega en salud a través del lenguaje de “lo comunitario-familiar”, encontramos otra práctica discursiva que es el “lenguaje de los riesgos”.

Según el análisis, la noción de “riesgo” es un uso lingüístico que opera por una parte como marco para una “compresión” de los determinantes de los problemas de salud de los individuos, y por otra, como “caja de herramientas” para la distinción de individuos y grupos “socialmente problemáticos” en categorías precisas que requieren una particular forma de intervención. Por ejemplo, “consumidores problemáticos de sustancias”, “adolescentes embarazadas”, “mujeres que sufren VIF”, etc.

Las necesidades particulares de estos grupos, necesitan ser atendidas por especialistas expertos en la prevención y promoción que devuelvan a cada individuo en particular la capacidad-responsabilización para autodirigirse, administrar y gestionar sus vidas mediante las directrices de los profesionales a cargo. Así, el discurso de los riesgos en salud funciona como estrategia post- social de gubernamentalidad.

Para finalizar, queremos puntualizar que la controversia en torno a los modos de entender los procesos de salud/enfermedad, que se enmarcan en discusiones teórico-epistemológicas y políticas sociales según lo planteado, alcanzan cuestiones éticas-prácticas importantes. Proponemos que considerar o no, los determinantes socio-históricos de la salud, no es inocuo, ello tiene implicancias directas en la vida y salud de los individuos y las sociedades. Implica no dar cuenta de la marginalización, la injusticia y la pobreza generada por el actual sistema de acumulación que produce, irremediablemente, procesos de vida malsanos. Entonces, una propuesta de salud que no perturba este actual estado de cosas no hace más que dar palos de ciego en su combate sobre “la enfermedad”.

El desafío, por tanto no es menor, más aún cuando se piensa a contra corriente del a penas “reformismo” como forma de actuación política. En un contexto de “desangre social” se precisa responder a la necesidad histórica de una transformación social en dirección emancipadora.

## VII REFERENCIAS

Abello M. y Gallego J. (2007) *Intervención Psicosocial, Una Aproximación desde el Trabajo Social*. Tesis de pregrado, Medellín: Universidad de Antioquia.

Alfaro, J. (2000). *Discusiones en psicología comunitaria*. Santiago: Universidad Diego Portales.

Breilh, J. (2002) Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Revista Panam Salud Pública*. 12 (2), 128 – 136.

Breilh, J. (2011) *Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basado en la determinación social de la salud*: Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco.

Breilh, J. (2013) De la historiografía descriptiva de la medicina, a la historia crítica de la salud colectiva. Hacia un paradigma crítico basado en la determinación social de la salud. *Repositorio digital UASB*.

Colomer, R. (2001) *Promoción de la salud y cambio social*. Segunda edición. España: Elsevier.

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, (1978) *Declaración de Alma-Ata*. Extraído el 22 de junio de 2014 desde [http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1\\_declaracion\\_deALMA\\_ATA.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1_declaracion_deALMA_ATA.pdf)

Foucault, M. (1970). *La arqueología del saber*. México: Siglo Veintiuno editores.

Foucault, M. (1994) *Dits et Écrits*. Vol. IV. Paris, Gallimard, 1994.

Foucault, M. (1998) *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*. México: Siglo veintiuno editores.

Garay, A. Iñiguez, L. y Martínez, L. (2005). La perspectiva discursiva en Psicología Social. *Subjetividad y procesos cognitivos*. 7, 105 – 130.

Gergen, K. (1973) La Psicología Social como historia. *Anthropos*, 177. 39 – 49.

Gergen, K. (1982) *Hacia la transformación en conocimiento social*. New York: Springer-Verlag.

Gordo López, A. (2002). El estado actual de la Psicología crítica. *Atenea Digital*, 1. Extraído el 20 de Mayo de 2014 de <http://blues.uab.es/athenea/num1/Mgordo.pdf>

Grinberg, S. (2007) Gubernamentalidad: Estudios y perspectivas. *Revista Argentina de sociología*. 5, 95 – 110.

Iñiguez, L. (2003). La Psicología Social en la encrucijada Postconstruccionista. Historicidad, subjetividad, performatividad, acción. Extraído el 20 de mayo de 2014 desde:  
[http://abrapso.org.br/siteprincipal/index.php?option=com\\_content&task=view&id=135&Itemid=46](http://abrapso.org.br/siteprincipal/index.php?option=com_content&task=view&id=135&Itemid=46)

Martín, L. (2006). El análisis crítico del discurso. Fronteras y exclusión social en los discursos racistas. En L. Iñiguez, *Análisis del discurso, manual para las ciencias sociales* (pp. 161 – 195). Barcelona: UOC.

Minsal (1993) *De consultorio a centro de Salud*. Santiago.

Minsal (1994) *Trabajo comunitario en salud. Guía técnica metodológica*. Santiago.

- Osorio, S. (2007) La teoría crítica de la sociedad de la escuela de Frankfurt, algunos presupuestos teóricos-críticos. *Revista Educación y desarrollo social*. 1, 104 – 119.
- Paniagua, E. y Gonzalez, M. (2005) *Sistematización de las experiencias actuales de intervención psicosocial en seis zonas del municipio de Medellín por parte de las entidades y organizaciones de carácter público y privado*. Grupo de salud Mental. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Medellín.
- Piper, I. (2008) La institucionalización de dos prácticas de la psicología en Chile: la psicología Comunitaria y la psicología de los Derechos Humanos. *Revista de Psicología*. 2, 139 – 158.
- Rose, N. (1996) El gobierno en las democracias liberales ‘avanzadas’: del liberalismo al neoliberalismo. Documento PDF, cedido por Nicolás Rose a *Archipiélago* y forma parte del segundo capítulo del libro publicado por A. Barry, Th. Osborne y N. Rose (Eds.) *Foucault and political reason. Liberalism, neo-liberalism and rationalities of government*, University College London (UCL) Press, Londres.
- Rose, N. (1996). *Inventing our selves*. Cambridge University Press. Traducción: Sandra De Luca y María del Carmen Marchesi, Buenos Aires.
- Rose, N. (2007) ¿La muerte de lo social? Re-configuración del territorio de gobierno. *Revista Argentina de Sociología*, 5, 111-150.
- Rose, N. O'Mally, P. y Valverde, (2012) M. Gubernamentalidad, *Astrolabio*, 8, 113 – 152.
- Spink, M. y Menegon, V. (2006) Prácticas discursivas como estrategias de gubernamentalidad: el lenguaje de los riesgos en documentos de dominio público. En L. Iñiguez, *Análisis del discurso, manual para las ciencias sociales* (pp. 161 – 195). Barcelona: UOC.

Unger, G. (2007) Entrevista. En J. Alfaro, y H. Berroeta, *Trayectoria de la psicología comunitaria en Chile. Prácticas y conceptos* (pp. 527 – 548). Universidad de Valparaíso.

Van Dijk, T. (1996) El análisis del discurso ideológico. *UAM, México*, 6, 15 – 43.

Van Dijk, T. (1999) El análisis crítico del discurso. *Anthropos*, 186, 23-26.

Van Dijk, T. (2002) El análisis crítico del discurso y el pensamiento social. *Athenea digital*, 1, 18 – 24.

Wittgenstein, L. (1999) *Investigaciones filosóficas*. Altaya. S.A.

Wodak, R. y Meyer, M. (2003) *Métodos de análisis crítico de discurso*. Gedisa S.A.

## ANEXOS

### Apartado del texto de Minsal de 1993 (M93)

La diversidad de prácticas mencionadas mantienen relaciones competitivas o complementarias al sistema de salud oficial.

✦-MARCO DE  
REFERENCIA  
PARA UN NUEVO  
MODELO DE  
ATENCION

El modelo de atención en salud aplicado en Chile desde hace varias décadas, demostró sus bondades y eficacia en forma categórica, al contribuir fundamentalmente, en la notable mejoría de los indicadores de salud que el país ha logrado. Esto se debe en gran medida a que constituyó un modelo adecuado a la situación epidemiológica en la que debió actuar, pues las enfermedades que mayores y más precoces muertes provocaban, fueron vulnerables al tipo de estrategias utilizadas. Sin embargo este modelo, sustentado en una concepción biomédica de la salud, se ha hecho insuficiente para dar cuenta de los actuales desafíos.

Los desafíos del presente, justifican la necesidad de modificar la concepción de salud, desde una biomédica más centrada en la enfermedad, hacia otra biopsicosocial, centrada en la salud desde una perspectiva más amplia. Es necesario complementar las acciones de recuperación, con otras destinadas a la **promoción y fomento** de una mejor salud de las personas y sus comunidades; a la **prevención**, no sólo de las enfermedades, sino también de sus múltiples factores de riesgo; a la **recuperación** del enfermo, dentro del contexto que lo rodea; y a la **rehabilitación** de los discapacitados. Esta concepción, si bien no es novedosa en la tradición de la medicina social que ha caracterizado al país, ha estado en gran medida ausente de la práctica sanitaria en los últimos años.

El modelo de intervención en salud debe modificarse, si se pretende repetir hoy, el impacto que se logró frente a la situación de salud que caracterizaba al país en el pasado.

¿Cuáles son estas modificaciones y cómo afectan al funcionamiento de los consultorios de atención primaria?

### **|2.1.- LA CONCEPCION BIO-PSICO-SOCIAL DE LA SALUD.**

La concepción biomédica de la salud es, como ya se comentó, un marco limitado para enfrentar el nuevo desafío. Los problemas de salud deben ser comprendidos como multifactoriales, debiendo considerarse para su entendimiento variables no sólo de índole biológica sino también de carácter psíquico, social, cultural y ambiental.

La concepción bio-psico-social abre nuevos horizontes de conocimientos, tecnologías y destrezas que permiten un mejor abordaje de los nuevos desafíos.

El campo del conocimiento en torno a la salud se amplía y se diversifican las maneras de aproximarse a éste. Los profesionales del sector dejan de ser los únicos capaces de hacer nuevos aportes en salud, así como dejan de ser los únicos portadores y dueños de este conocimiento. Surgen otros sectores y personas calificados para adquirir, aplicar y enseñar salud; el saber se comparte, haciéndose más democrático.

El conocimiento necesario para actuar en salud se torna tan vasto, que una sola disciplina queda sobrepasada. Surge entonces la interdisciplina y el trabajo en equipo como una necesidad imperiosa y no sólo como una alternativa deseable desde el punto de vista organizacional.

Lo que ocurre con el conocimiento, también ocurre con los otros elementos que nutren al modelo de acción en salud. La calidad de la relación usuario-equipo de salud, deja de ser un elemento adjetivo a la acción, para pasar a ser consustancial y además determinante de su eficacia. El trabajo en equipo, no sólo busca una mayor identificación de los funcionarios con su tarea, sino que se transforma en una condición para la acción. Se requiere y

valora en él, el aporte específico de todos los miembros, con la consiguiente dignificación de cada uno.

La complejidad propia de los problemas y daños en salud, obliga a reconocer, la limitación del sector salud para dar cuenta de ellos. La intersectorialidad, aparece bajo esta concepción, como una manera lógica e irrenunciable de afrontarlos, pues es toda la sociedad la que está influyendo en la generación, agravamiento o enfrentamiento de ellos.

Corresponde entonces, buscar la participación de todos los sectores que son parte del desarrollo social, político, técnico y económico en los diferentes niveles de gestión, para en conjunto actuar en forma eficaz. Al igual que la participación, la intersectorialidad plantea la idea de coordinación, intercambio, cooperación e integración en un proceso para generar mejor calidad de vida y mayor bienestar de la población.

## 2.2.- LA ATENCION INTEGRAL DE LA PERSONA.

La aplicación de una concepción bio-psico-social de la salud exige considerar a la persona integralmente e inserta en su medio ecológico: familia, barrio, trabajo, escuela, medio ambiente. También exige considerarla a través de todo su ciclo vital, lo que significa adecuar la oferta asistencial a las diferentes etapas de la vida.

Esto último adquiere especial importancia si se considera que existen etapas del ciclo vital, que han estado más abandonadas que otras por el sector salud, como la edad escolar, la adolescencia y la vejez. Cada una de estas etapas conlleva un desafío asistencial propio, lo que obliga a revisar, reformular y fortalecer programas que respondan a estas necesidades..

Enfrentar los complejos problemas del adolescente (daños psicosociales, problemas de salud mental, ETS, accidentes, etc.) significa aplicar estrategias

mucho más amplias que las que actualmente se manejan en los consultorios. Lo mismo ocurre con los senescentes, con cada grupo de edad y con cada sexo.

### 2.3.- EL DESAFIO.

Abordar la salud desde esta concepción bio-psico-social y ofrecer una atención integral a las personas, significa un desafío hasta ahora no asumido completamente por el sistema asistencial. Hacerlo, significa dar cabida a cambios diversos y profundos, los que sin lugar a dudas harán la tarea de los equipos de salud aun más compleja y exigente, pero a la vez, más atractiva. Al asumir este desafío deberá comenzar un proceso de cambios gradual, progresivo y amplio al interior del sector salud, y especialmente en el nivel primario de atención.

Los actuales Consultorios Generales Urbanos y Rurales deben asumir un rol coherente con las políticas sociales y muy especialmente con los planes y programas del sector salud. Hoy se debe concebir el consultorio como un establecimiento responsable de dar respuestas eficientes y eficaces a las necesidades específicas de salud de las personas y familias, y a la vez contribuir, con lo mejor de sus esfuerzos, a mejorar el ambiente donde vive y trabaja la población.

## **2. Las actuales políticas gubernamentales**

El contexto de democratización e implementación de políticas de descentralización nacional, ha replanteado en el país los temas de trabajo comunitario y participación social en salud.

Hoy día, haciendo suya la Declaración de Alma Ata y en conformidad con los principios de solidaridad y de equidad, el gobierno de Chile "privilegia en el otorgamiento de sus servicios de salud, a los grupos de población en extrema pobreza, a sectores de ingresos bajos y medios, a aquellos que habitan en lugares alejados o aislados del territorio y a otros afectados por factores de riesgo bio-médico, cultural o social".<sup>[1]</sup>

Entiende a la Atención Primaria como "el proceso participativo, descentralizado e intersectorial, para mejorar integralmente la calidad de vida de todos los habitantes del país".<sup>[2]</sup>

Así, desde el Departamento de Atención Primaria del Ministerio de Salud (MINSAL), durante el período comprendido entre 1990 y 1993, se han promovido y desarrollado diferentes líneas de acción, orientadas a impulsar la participación social y comunitaria y a crear las condiciones

básicas para su desarrollo. Se podrían mencionar las siguientes áreas de intervención:

- Aumento de la capacidad resolutoria del nivel primario de atención, creando condiciones técnico-administrativas favorables al trabajo comunitario (apertura programática, apoyo financiero, etc).
- Reconstrucción de las relaciones entre los equipos de salud y las comunidades locales.
- Creación y establecimiento de una comunicación permanente entre Servicios de Salud y ONG.
- Constitución y capacitación de los equipos técnico-profesionales en salud comunitaria, con metodologías participativas y herramientas provenientes de las ciencias sociales, educación y salud pública.

Este conjunto de acciones han creado mayor competencia y una capacidad instalada en los equipos de salud local, lo que les permite realizar hoy un trabajo cualitativamente superior en prevención de problemas, promoción de salud y en gestión participativa de salud en el nivel local.

Bajo el marco conceptual establecido, considerando las nuevas experiencias del período de gobierno de transición democrática y teniendo en cuenta la nueva situación de salud, la transición demográfica, epidemiológica y la actitud de la población frente a la salud, el MINSAL formula sus orientaciones para el quehacer en Atención Primaria en el documento "De Consultorio a Centro de Salud: Marco Conceptual".<sup>13)</sup> En éste se precisa la necesidad de realizar un cambio en el modelo de atención, siendo necesario complementar las acciones de recuperación, con otras destinadas a la promoción y fomento de una mejor salud de las personas y sus comunidades; a la prevención, no sólo de enfermedades, sino también de sus múltiples factores de riesgo; a la recuperación del entorno, dentro del contexto que lo rodea y a la rehabilitación de los discapacitados.

Ningún cambio profundo es posible si no tiene como respaldo un modelo hacia el cual orientar los procesos, “la concepción bio-psico-social abre nuevos horizontes, conocimientos y destrezas que permiten un mejor abordaje de los nuevos desafíos. El campo del conocimiento en torno a la salud se amplía y se diversifican las maneras de aproximarse a éste. Los profesionales del sector dejan de ser los únicos capaces de hacer nuevos aportes en salud, así como dejan de ser los únicos portadores y dueños de este conocimiento. Surgen otros actores y personas calificadas para adquirir, aplicar y enseñar salud; el saber se comparte, haciéndose más democrático”<sup>119</sup>.

El cambio de enfoque enfatiza nuevas tareas para los equipos de salud, emanadas de los objetivos planteados por este sector y de las exigencias de la realidad local. Así, el consultorio de A.P.S., debe constituirse en un Centro de Salud, como instancia articuladora que orienta su quehacer hacia una población y territorio determinados y cuya misión fundamental es contribuir a promover la salud de la población.

En este marco, la propuesta del MINSAL respecto a los ámbitos de acción del Centro de Salud<sup>120</sup>, señala tres dimensiones para el quehacer en salud<sup>5</sup>:

- la labor asistencial
- la participación social y comunitaria en salud
- el trabajo intersectorial.

■ En el primer ámbito, la nueva concepción de salud propone varias perspectivas para entender la integralidad en salud. Considera a la persona en su globalidad; en sus aspectos psíquicos, físicos y sociales. Apunta a la continuidad de la atención a lo largo de todas las etapas vitales de la persona, desde la concepción hasta la ancianidad.

Considera la complejidad de cada realidad local y la diversidad de problemas que deben enfrentarse. Propone aumentar la sensibilidad, para pesquisar más precozmente a quienes necesitan de una intervención sanitaria. Mantener una vigilancia epidemiológica sobre la población, no sólo restringida a las enfermedades reconocidas, sino también sensible ante los factores de riesgo que puedan existir o aparecer. Pone especial énfasis en la calidad de la relación usuario equipo de salud.

Para lograr los objetivos asistenciales plantea recurrir a diferentes estrategias, las que en conjunto, deben contribuir al proceso de promoción de la salud. A su vez, las metodologías a utilizar frente a los problemas y desafíos son múltiples, incluyéndose las de tipo participativo y las de trabajo comunitario.

■ **El segundo ámbito** se refiere al desarrollo de la participación en salud, entendida como la intervención de las personas, familias, grupos, organizaciones sociales y comunitarias, instituciones privadas y solidarias y, otros sectores sociales, en la tarea de mantener, mejorar, recuperar y fomentar la salud. Se habla de participación social, cuando intervienen todos o gran parte de estos actores y, de participación comunitaria, cuando intervienen sólo los grupos y organizaciones representativas de la población de un territorio definido. "El rol del Centro de Salud es aportar con sus conocimientos, recursos y habilidades a una tarea colectiva, que compromete a otros actores y que busca... elevar el nivel de salud de la población, en el contexto del desarrollo local. Puede ser necesario que el Centro de Salud actúe además, como un facilitador, que contribuya a generar el proceso participativo dentro de su localidad"<sup>19</sup>.

■ **El tercer ámbito de acción** es el aporte al trabajo intersectorial. El Centro de Salud es un actor más dentro de la red cívica, que junto a otros sectores trabaja por el desarrollo local y la mejoría en la calidad de vida de la población. "...la tarea de elevar el nivel de salud de la población, sobrepasa en mucho el ámbito de acción, la capacidad y los recursos del Centro de Salud. Esta constatación no significa reconocer una carencia por parte de los establecimientos de salud, no se trata que deban ser ellos los que por sí solos, agoten el tema de la salud en una localidad dada. El trabajo en torno a la salud debe ser entendido como una responsabilidad compartida, entre la población y las diversas instituciones y organismos que tienen que aportar a ella"<sup>151</sup>.

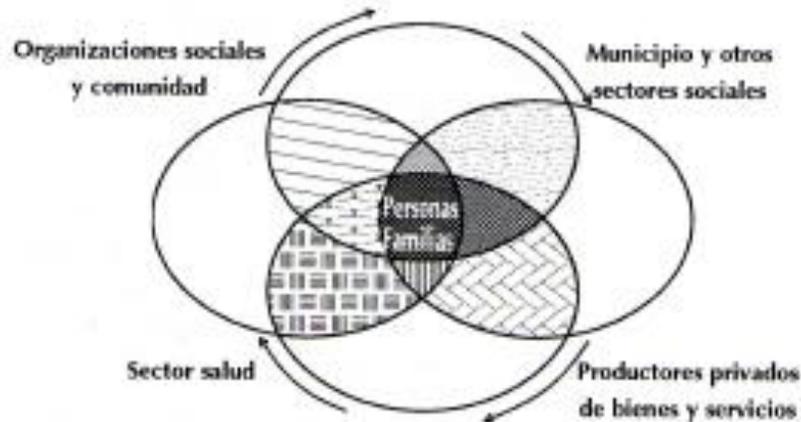
De este modo, la participación social y la intersectorialidad constituyen ejes articuladores de la estrategia de Atención Primaria, fundamentales para el logro de las metas de salud que Chile se ha propuesto alcanzar en las próximas décadas.

Para asumir las responsabilidades que le caben en esta perspectiva, el equipo de salud requiere de un conjunto de herramientas metodológicas y técnicas, que le permita desarrollar estrategias que apunten a una interacción permanente de actores comprometidos con la salud, y a una promoción permanente de la participación comunitaria y social.

El desarrollo e implementación de las políticas de descentralización a nivel de gobiernos regionales y comunales, demanda nuevas estrategias y orientaciones técnicas para apoyar la gestión de salud en los diferentes niveles.

La concepción moderna de salud y de la organización que requiere la sociedad para enfrentar los actuales problemas de salud, reconoce el aporte y rol que le compete a los diferentes sectores sociales y económicos de la nación.

El siguiente esquema representa un modelo de interacción que puede darse entre los diferentes sectores que intervienen en el trabajo comunitario a nivel local.



Este esquema da cuenta de algunos de los sectores que se encuentran e interactúan en el nivel local.

- En el sector de municipio y otros sectores sociales, se puede incluir al gobierno local y a ejecutores de las políticas sociales.
- Entre los productores de bienes y servicios, se pueden identificar a los diversos organismos privados ligados directamente a esta actividad.
- En organizaciones sociales y comunidad, se considera a las diferentes organizaciones territoriales y funcionales, otras formas innovadoras y la población no organizada.
- En el sector salud pueden existir instituciones tanto del sector público, como de los sectores privado y solidario.

---

En cada realidad local, pueden identificarse diversos actores, mencionados en el esquema o no, entre los que pueden darse encuentros parciales que relacionen a algunos de ellos u otros que permitan la interacción de la totalidad.

Se han añadido flechas al esquema, para subrayar el carácter dinámico de la interacción, en la que los diversos actores se relacionan entre sí en la combinación y forma que resulte más apropiada para una situación concreta.

El aumento del número de organizaciones y el desarrollo del trabajo comunitario, favorece la mayor riqueza, complejidad y permanencia en el tiempo de la interacción entre los diversos sectores.

El espacio local posibilita el encuentro, la reflexión, la participación, el diálogo, la confrontación y también la búsqueda de consensos entre los actores sociales. Es en este espacio, en el que las personas y familias desarrollan su vida cotidiana, donde pueden aunarse voluntades y recursos que contribuyan no sólo al crecimiento sino a la satisfacción plena de las necesidades; en otras palabras, al desarrollo local. Este implica la generación de propuestas, la gestión y utilización de recursos locales en función de esas propuestas, en la perspectiva de un mejoramiento de la calidad de vida no sólo local sino global. Se trata de pensar globalmente y actuar localmente.

El equipo de salud tiene hoy día el desafío de incorporar metodologías y formas de acción y análisis de la realidad, que faciliten su misión. Una de ellas es el Trabajo Comunitario, que puede constituir una herramienta adecuada para realizar un aporte sustancial a la implementación de estrategias de desarrollo local.

## **Entrevista a trabajadora social en práctica. (TS)**

**Hospital, Programa Chile Crece Contigo, Región Metropolitana**

Fecha: 13 de octubre de 2014

**En primer lugar gracias por acceder a la entrevista y lo primero que quiera preguntar es: Cuál fue tu función, en qué cargo te desempeñaste en el hospital?  
Brevemente para darle contexto a la entrevista**

*Estuve haciendo mi práctica de trabajo social, (profesional), duró seis meses aproximadamente, estaba bajo funciones relacionadas con el área social, apoyando la labor de la asistente social del programa, específicamente estaba dentro del espacio de intervención del Chile Crece Contigo dentro del hospital. El Chile Crece Contigo tiene dos áreas, el apoyo al desarrollo biopsicosocial que es una de ellas, que le llaman el programa PADB y el PARN Programa de apoyo al recién nacido. El PADB ve temas más relacionados con todo el enfoque del desarrollo biopsicosocial y apoyar diferentes áreas del desarrollo del niño y el PARN trabaja lo que es más ligado al tema educativo y de satisfacción de necesidades básicas especialmente dentro de lo que es el nacimiento, por ejemplo en el PARN está el ajuar, que es una de las prestaciones que incluye, los cds que les regalan a las mamás, los talleres a los que la invitan, tiene que ver más con un tema socioeducativo y el tema de las necesidades por eso viene el aporte. Y el PADB tiene que ver con varias áreas, como es más integral, tiene que ver con varias áreas más.*

**Si pudieras hablar de esa primera sigla que dices que es más integral y que tiene específicamente, que ver con un trabajo más bien biopsicosocial. ¿Podrías explicar un poquito en que consiste, qué es el enfoque biopsicosocial y cómo se aplica en este caso a la atención de las personas, del paciente o de los grupos?**

*Específicamente en el hospital y en el programa Chile Crece Contigo (como para tratar de abarcar un poquito más la pregunta) el programa en sí no existía antes, empieza como en el año 2007 de a poquito, después en el 2009 se afianza porque sale una ley. Entonces, quiénes estaban en el hospital atendiendo, específicamente esto en*

maternidad, están los médicos, la enfermera, técnicos paramédicos, había una asistente social pero veía a todo el hospital, incluidos los adultos, no solo maternidad, que tenía mucha pega además, mm psicólogo, había unas voluntarias que trabajan en neonatología, pero eso. Entonces, cuando aparece el programa Chile Crece Contigo, la idea es incorporar, a raíz también del tema del desarrollo biopsicosocial, una mirada más transdisciplinaria, entonces incorporan al equipo, primero psicólogas, eh que trabajaban todo el tema del acompañamiento del proceso de parto, en el parto y en el post ¿?, o sea en recuperación, no en el parto porque no estaban en el parto, si después cuando salían del parto, en recuperación, que eso no existía antes, o sea si había algún tipo de descompensación anímica, o había llegado con alguna descompensación porque tenía temas desde su historia un poco o relacionado con su proceso gestacional, no había como quién pudiera acoger esto, más que la matrona y los médicos, entonces la psicóloga viene un poquito a hacer este rol, como para cubrir un poquito esa área. Y a su vez también se incorpora después la asistente social, específicamente a maternidad de Chile Crece Contigo para ver el tema social que tiene que ver con ayudas por temas de prestaciones a mujeres que llegan al hospital, que de repente llegan mujeres que no tienen donde llegar después de la salida del hospital, mujeres que tienen temas de consumo, situación de calle, mujeres que en ocasiones querían rehabilitarse, otras que no, pero no había quién un poco filtrara todo esto, porque la otra asistente social podía tomarlo un poco, pero tenía mucha otra pega. Entonces, la idea es como limpiar un poquito el espacio, ordenar un poco y trabajar específicamente con el acompañamiento a las mamás en este proceso, a la mujer y a su recién nacido. Entonces, un poquito, el enfoque biopsicosocial, desde lo que yo entiendo, tuvo que ver un poco con ampliar el campo al trabajo más interdisciplinario, que los doctores se pudieran poner de acuerdo y evaluar también las situaciones con las asistentes sociales, con las psicólogas, cuando visualizaban no sé, un medicamento x podría ser necesario pero.... O que la mamá pudiera dejar de amamantar porque había estado consumiendo, no lo decía solo el doctor, sino que lo veía con la psicóloga, con la asistente social, porque puede que haya estado consumiendo cocaína, puede estar consumiendo pasta base, puede haber estado con marihuana, puede que haya consumido hasta los tres meses, hasta el día anterior del parto, o el mismo día del parto, entonces dependían de muchos factores que de repente los doctores no iban a

*profundizar con las personas tampoco, le da un poquito eso, apoyando como este proceso que era mucho más médico-biológico con antecedentes más enfocados con el área social, con el área emocional de las personas. Es como lo que yo veo como multidisciplinariedad más que nada, porque es que agregaron al espacio a profesionales psicólogas y asistentes sociales, que han tratado también de ir impregnando de los antecedentes que tienen desde sus disciplinas a los demás, que no es fácil tampoco, porque se llevan demasiados años dentro de un esquema, por ejemplo el tema del parto más natural, sin tanta intervención eso yo creo que todavía está muy lejos, al menos en este hospital, creo que en otros hospitales están tratando de incorporar esa visión o la posibilidad de poder llevarlos a cabo, me refiero a no tanta intervención, y en posiciones distintas a las comunes, creo que hay unas sillas que son para tener un parto distinto, eh, pero yo creo que eso está lejos todavía.*

**Desde lo que tú pudiste observar, vivenciar y de alguna manera practicar también ¿cómo crees que ha sido esta integración de “lo psico” y “lo social” junto con lo más biomédico? ¿Cómo se han llevado las relaciones, qué ha pasado ahí? En la práctica ¿Cómo se dan las relaciones, cómo se relacionan estos factores?**

*O sea, es súper difícil, estoy haciendo memoria de lo que me comentaba el equipo con el que pude compartir porque yo llevaba solo seis meses. Pero ya desde el 2007, fue súper difícil la llegada, afortunadamente ya existía como un antecedente de psicólogas que habían hecho la práctica ahí, o sea, no una práctica, sino un voluntariado o no sé cómo le llaman, pero habían estado ahí, acompañando procesos de familias con niños en el hospital, hospitalizados, en neonatología, pero fuera de eso, como te comentaba, nada y me parece que fue súper difícil, primero, ganarse un espacio, una validación un poco del enfoque que traían estas profesionales, distinto, de poder incorporarlo a la mirada de los médicos, de poder ponerse de acuerdo, quizás las matronas tuvieron un poquito más cercanas a incorporarlo, quizás más difícil con los médicos y por lo que me comentaron, de cosas simples como tener un espacio para trabajar, no tenían, andaban en los pasillos, lo lograron hace muy poco, creo que en enero de este año, eeh mmm y así, irse ganando un espacio, incorporar esta mirada como más biopsicosocial, yo creo que es desde la estructura que hay una falla, me refiero a la estructura de organización*

*por lo menos del hospital, me imagino que los demás hospitales se afectan también, porque, ejemplo X, tenemos situaciones en las que están involucradas, familias, específicamente niños que están en situaciones de riesgos y muchas veces hay que decidir poner medidas de protección, últimamente este año, hubieron problemas respecto a quién tenía el rol de poner esas medidas, porque el programa Chile Crece es finalmente un anexo al hospital, las funcionaras también son tratadas como anexas al hospital, son profesionales contratadas a honorarios primero, entonces son como un equipo, me imagino como los subcontratados típicos del Estado, que se incorpora a este espacio, pero este espacio sigue siendo el hospital, y ellas siguen siendo del servicio Metropolitano Oriente, siguen siendo también obviamente a honorarios, entonces desde esa para' ya es distinto, porque, para poner una medida de protección desde el hospital, debe hacerla un profesional del hospital y la asistente social como que es del hospital y no es del hospital, porque le presta el servicio al hospital, pero depende del servicio, pero que tampoco es del servicio porque es a honorarios y el personal del hospital está ocupado en otras cosas, entonces había una discusión de que si lo hacían los abogados, lo hacía la asistente social, etc., etc. Entonces ya desde ahí, que el equipo venga al hospital como un extra, ya le dificulta el incorporarse al espacio, porque no es parte "del equipo". Cuando los llaman a reuniones, a veces no lo llaman a ellos como equipo psicosocial. Las reuniones de médicos son de años, porque obviamente esto viene parado desde una estructura biológica-médica, entonces hace años vienen haciendo sus reuniones, sus incorporaciones, van incorporando a las matronas, etc. pero incorporar al equipo ha sido más difícil. Obviamente se han ido logrado avances, pero mucho tiene que ver con lo que ha hecho el equipo y lo que ellos solicitan al equipo y validándose a través de las intervenciones, de viendo cómo pueden apoyar a las intervenciones de estos espacios. Porque igual es difícil, entonces finalmente, yo creo que puede pasarle a varios equipos, pero por lo que yo vi, es una lucha constante para poder validarse psicosocialmente dentro del espacio médico, también pasa que hay médicos que son más pro a estos temas, a incorporarlos, a conversar, otros que no quieren conversar mucho del tema, que van a hacer su trabajo X y adiós, eh como respecto a darle un espacio a una reflexión mayor a esto, más difícil en estos casos. Entonces, yo creo que va dependiendo de cómo se plantea el modelo hacia el espacio hospital. No sé cómo será en consultorio, pero por lo menos el Chile*

*Crece Contigo, trae un poco el aporte al tema biopsicosocial, no sé cómo será desde otras áreas, pero por lo menos desde el Chile Crece Contigo trae este aporte, pero lo trae como un anexo. Yo sé que en los consultorios también las profesionales son pagadas a honorarios, siempre están así como el anexo de, de... como que 100% finalmente no se logran incorporar al equipo, a este equipo que viene como de fuera, del Chile Crece, son como “las del Chile Crece”, “las del Chile Crece”, son siempre como las de fuera.*

**Tú has nombrado un poco, lo que va produciendo en los equipos de salud esta relación Si ahora nos volcamos más hacia la comunidad misma, a las personas, los usuarios ¿qué cambios importantes tú ves con la incorporación del modelo biopsicosocial en ellos y sobretodo como la gente participa también de los procesos, de sus procesos de salud –enfermedad, en este caso la maternidad?**

*Bueno, yo creo que desde la participación de los procesos estamos como bastante lejos de lo que es participación de los procesos, o sea yo creo que las personas son más receptoras de las indicaciones de médicos o técnicos o psicóloga o asistente social, los profesionales que estén con ellos en ese espacio, son más receptoras a que decir que esto no me gusta, esto me molestó, de hecho, a veces hay malos tratos dentro del hospital y muy pocas personas hacen reclamos, como que lo sienten como parte de, “si me atiendo en un hospital, me aguanto que me traten así”, una cosa así, por lo menos, eso es lo que he percibido yo. Entonces desde la participación, más que lo que observé, es que cuando salen del hospital le dan una pauta, para que evalúen el trato, cómo se sintieron en el hospital, no sé en que termina todo eso tampoco, porque no manejo mucha información, me imagino que debe ser un tipo de meta o algo que se evalúa, porque además ahora el hospital lo están acreditando, entonces tienen otras variables que miden, la calidad... y fuera de eso no sé si la gente tiene como concientizado que está bajo un modelo biopsicosocial, eso no me lo imagino, si yo creo que lo pueden percibir como personalmente de que..., y no todos, los que alcanzan a informarse porque no todas las personas que llegan al hospital son atendidas por psicólogos o la asistente social, no son todas, son ciertos perfiles de pacientes que llegan con ciertas características, que son atendidas, no es una política universal, por lo*

*menos la atención de psicóloga y asistente social no es política universal, o sea, cualquiera podría acceder, pero no sé si toda la gente está informada de que existe un equipo en el hospital que los pueda atender, no sé si toda la gente está informada de que hay una asistente social de maternidad a la que puede recurrir, porque de repente yo estaba entrevistando en la sala, conversando un poquito con algunas mamás, eh mmm y había una niña más cerca que alcanzó a escuchar algo y preguntaba o una de por allá, la otra de por allá o a veces se corría la voz, pero no es que la persona sepa que “cuándo yo vaya al hospital hay un equipo psicosocial que me puede atender si tengo algún problema”.*

**Tú hablabas de perfiles, que no todas las personas son atendidas, no es un acceso universal sino que ciertos perfiles ¿podrías ahondar un poquito qué perfiles?**

*Si, eh, es perfiles que tengan algún riesgo, es que hay una pauta que se llama epsa, que es de Chile Crece Contigo también y la manejan los consultorios, tiene ciertas variables que tienen que ver con el tema del riesgo dentro del embarazo, va por ejemplo, la cantidad de controles que tuvo en el consultorio, si es que tuvo uno, varios o ninguno, emm si tiene apoyo familiar, los estudios, si tienen más de séptimo u octavo básico, o si es su primer niño o no, si es adolescente, si tiene varios niños más, si tienen varios niños más y se sabe de un historial de negligencia en el cuidado, se sabe si sus niños han estado institucionalizados, que no se ha hecho cargo de los niños, el tema de consumo, el tema de salud mental sin tratamiento, entonces son distintas variables que tienen que ver con riesgos dentro del tema del embarazo, de las que puede darse cuenta el equipo del hospital porque hay mamás que pueden estar en situaciones de riesgos y no se va a dar cuenta el equipo del hospital porque no viene descrito en ningún documento del consultorio, porque la mamá no lo relató, porque el equipo médico no se dio cuenta, etc. Entonces, nadie va a dar aviso, porque al equipo psicosocial les avisan, les avisan cuando llegan mamás con algún tipo de riesgo, por ejemplo, las menores de 19 años a todas se les entrevista, por tener 19 años y tener... que es un tema de embarazo adolescente, se considera ya como riesgo el embarazo adolescente aunque no aparezca otro riesgo en ninguna otra parte, sino que por ser*

adolescente, de hecho eso mismo se les explica a las jóvenes cuando llegan allá, que se hace una entrevista, se les pregunta obviamente si quieren o no conversar, porque más que nada la idea es poder saber cómo están, si necesitan algún tipo de apoyo y si necesitan, poder contactarlas con la red de la comunidad que podrían prestarle ese apoyo, y en los casos que están más graves ver dónde poder llegar, una casa de acogida etc. eso ya es más complejo. Bueno, eh, entonces están estas menores de 19 años que se les entrevista a todas, ehm, también está... todo lo que hemos conversado, mujeres que llegan con antecedentes de consumo, de historial de bajos controles o nulos controles en el embarazo, o mujeres que llegan sin nada al hospital, ni con ropa ni con útiles de aseo o que no tienen redes familiares, eh mm de temas de salud mental y que se descompensan en el hospital y ahí después se sabe que no tenían tratamiento hace rato, que lo habían dejado tirado su tratamiento, entonces son varios temas, pero tiene que ver con los riesgos que se consideran dentro de esta pauta, es como una guía, pero también hay otros riesgos más, por ejemplo el tema de conflicto con la maternidad, cuando no quieren tener a los bebés o no saben bien si los quieren o no los quieren, no le han dicho a la familia, entonces, son varios riesgos y todos esto como que lo filtra un poquito el equipo de matronas, de técnicos-médicos y lo avisan al equipo psicosocial y es ahí donde el equipo psicosocial interviene. Por eso yo digo que no son todas a la ¿??, por eso también pienso que las mujeres no deben saber todas cuando llegan que hay un equipo psicosocial que las puedan atender en caso de que tengan problemas, no creo que esto se le informe en el consultorio, de hecho no estoy segura que todo el consultorio sepa que existe este equipo y que es lo que hacen en el hospital, como para orientarlas por ejemplo, no sé una mamá que tenga problemas de violencia, decirle, “cualquier cosa en el hospital hay un equipo psicosocial que la puede apoyar si es que su pareja...” no creo que eso exista. Yo creo que llegan allá las mamá y cuando se les entrevista, se les conversa se enteran. No es, no es una política universal, algo que se conozca, porque no sé, la gente sabe que en el consultorio va hablar con la asistente social y le van a dar una hora o la va a atender en el pasillo, algo, sabe, se maneja y eso de años, de hecho como que el trabajo social más potente se inició con el tema de salud en Chile y con los consultorios y en los barrios, generando estos espacios de salud en la comunidad, que era mucho más participativos, de hecho en una época elegían los mismos vecinos de la comunidad al

*director del consultorio, una cosa así, pero que en estos momento se varía totalmente descabellado, no estoy diciendo que no estoy de acuerdo, sino que por la visión actual, eh mm en cambio en el hospital no, es distinto.*

**Entonces tú, ¿dirías que el enfoque biopsicosocial se aplica solo en ciertos casos y que se aboca principalmente a situaciones de riesgo?**

*Y de hecho incluso ahí mismo en las situaciones de riesgo, ehm que son variadas, situaciones en que las mujeres están afectadas por múltiples problemáticas y otras que son menos, eh m pero incluso ahí yo pienso que es poco el tiempo que se le otorga, por ejemplo a las entrevistas generalmente con las jóvenes, durarán entre 20 minutos a lo más, yo encuentro poquísimos, para trabajar varios temas, más cuando ellas quieren conversar, depende cómo esté, pero es poco, según las directrices son 45 minutos, por lo que yo leí, las entrevistas deberían ser de 45 minutos más o menos por un profesional del área psicosocial y son de 20 porque no se alcanza porque la cantidad de profesional que hay por ejemplo para el área de maternidad, a ver, quiero contar bien... bueno, deberían de haber dos psicólogas de jornada completa y una asistente social para todo el hospital y al hospital, no sé, llegarán por lo menos, me imagino unas 20 mujeres diarias, entonces si hay una de riesgo que estaba viendo ayer, llegan más y entonces tienen que entrevistar a más y el miércoles a más, pero la otra todavía sigue en su proceso de intervención, entonces es demasiado como... pocos profesionales y muchas cantidades de personas para poder darle una atención y también para lo que me imagino pudiera ser más universal. Ah! Y por el tema de lo psicosocial si, psicosocial desde la asistente social y psicóloga solo atienden a algunas pacientes, no a todas. Ahora, podríamos decir que el enfoque está más abierto porque cualquier persona pudiera ser atendida... si, cualquier persona, si una mujer dice que tiene un problema x, si no aparece ningún riesgo y que quiere ser atendida se le va a atender, existe la posibilidad, pero yo pienso que si la persona no está informada de que tiene esa posibilidad, no es tan universal porque como va acceder sino sabe que lo puede pedir en el hospital.*

## **¿Eso es lo que se llama, ese dispositivo de la dupla psicosocial?**

*Depende el caso, a veces no se trabaja en dupla, por ejemplo cuando el tema es más emocional va la psicóloga o tratamiento por temas de medicamentos que la persona dejó, eso también lo ven con el médico, entonces va dependiendo del caso si se mete la psicóloga con el médico, la matrona con la asistente social, va dependiendo de, se va decidiendo, pero que todos estén viendo un caso eso ya es más difícil, además porque tiene que ver con la cantidad de personas con las que están, por el tema de los relatos, por el tema de la confianza, de no sobre intervenir también, que cinco u ocho personas le pregunten lo mismo durante todo el camino del hospital que pasan por varias áreas, entonces también se va teniendo ojo con eso, pero entonces esto como más psicosocial con profesional presente me refiero es como lo que les explicaba, pero por ejemplo en el tema del parto la idea es que un poquito los profesionales del hospital, todos, los médicos también, matronas, etc. se empapen un poquito con este tema más psicosocial, que entiendan el tema de la emocionalidad en los procesos del parto, por eso por ejemplo se incorporó a los padres en el proceso del parto, que eso no existía antes, o un familiar cercano, porque a veces no hay padre entonces no entra nadie, entra una abuelita, un tío a participar del parto y están en el proceso, eso no existía antes, eso entonces es una visión que está más relacionado desde lo que pienso con lo biopsicosocial, pero no con la presencia de la asistente social y el psicólogo en el área, sino que con el enfoque, que es que lo incorpore el equipo y lo pueda aplicar, entonces eso desde diferente espacio también, por eso yo creo que cuando le dan un ajuar, porque obviamente, para una persona que está en una situación más complicada, salir del hospital con esas cosas que son más básicas le genera mucha más seguridad, o sea, tampoco le va a arreglar el mundo pero dentro de las áreas en que pueda tener conflicto eso ya le baja un poquito la ansiedad dentro del parto, o saber de repente que si tiene una dificultad, las personas que se movilizan más en el consultorio va a poder recurrir, va a poder recurrir a orientación o apoyo, saber por lo menos que tienen esos espacios. Entonces, además de la presencia de asistente social y psicóloga, que son como profesionales del área, la idea también es que se vayan empapando, entonces tampoco sé mucho en cada área del hospital como van manejando el tema biopsicosocial, pero si puedo dar esta experiencia como del parto más humanizado, que*

*puedan ingresar al parto las personas que la acompañan dentro del parto, la ayudan a caminar por los pasillos, no que le impidan el ingreso a las familias, que se quedan solas en caso de riesgo y que no se pueden movilizar, entonces también tiene que ver con las visitas, ciertos detalles que van incorporándose dentro de las dinámicas.*

**Y si tú, por lo poco que pudiste ver a lo mejor en estos seis meses o lo mucho, no sé, en el equipo mismo de salud, ya sea médico, matrona... funcionarios de la salud que trabajan en el hospital ¿Has visto como han ido incorporando esta visión más integral de los proceso de salud-enfermedad o de la maternidad en este caso, del parto?**

*No lo sé bien porque no pude compartir con todas las áreas, lo que si pude visualizar (que puede ser sesgado también porque soy una sola persona y en poco tiempo) que depende del profesional o técnico, un poco también tiene que ver con la voluntad y los intereses de la persona que esté trabajando, de informarse, el interés de un médico de decir, “sabes que, este tema pasa por el área emocional, voy a ir a hablar con la psicóloga”, al decir, “este tema pasa por el área emocional ahí tiene, no sé, fluoxetina”. Entonces yo pienso que pasa también por la visión personal, la visión que tenga el médico, técnico, etc. de las problemáticas y de cómo abordarla o cómo abordar el tema de enfermedad.*

**Sin embargo desde la oficialidad o desde el discurso o desde, no sé si tú tuviste acceso a eso, pero desde la visión, misión, objetivos estratégicos del hospital ¿está el interés, hay un interés explícito por decir que el hospital trabaja bajo el modelo biopsicosocial?**

*Desde los discursos... (silencio) yo no lo recuerdo, hice un informe institucional sobre el tema, del hospital, pero no recuerdo haberlo visto en la misión ni en la visión. Sí el entregar servicios de calidad, pero no recuerdo haber visto la palabra biopsicosocial en el discurso del hospital. Si en el de Chile Crece.*

**¿O algo que te indique? Por ejemplo, salud integral o una visión más comunitaria... o algo que te indique que va más allá de una mirada biomédica**

*Sé que hay una incorporación del área participación en el hospital, eso lo ve una asistente social que trabaja más con temas comunitarios, por ejemplo no sé, hay unas señoras de x lugar que hacen un trabajo voluntario al hospital y son una comunidad, no puedo dar nombre porque si no se va a asociar mucho, pero son personas de comunidades cercanas al hospital, que trabajan para el hospital haciendo cierta actividad y eso está relacionado con el tema de la participación. También hay consejos consultivos, no sé cómo funcionan, pero tiene que ver con eso, de que se está moviendo eso se mueve, con qué personas, con qué frecuencia, no tengo información, tampoco cómo incide. O sea, puede ver que incide en las personas cuando hacen este tipo de voluntariado, pero no respecto a las decisiones que se toman como hospital, no sé cómo incide este consejo de la comunidad, sé que funciona, pero no sé cómo incide.*

**Y por último, a lo mejor es poco el tiempo, pero de lo que has podido escuchar, tú crees que la incorporación de lo biopsicosocial, ya sea desde el Chile Crece Contigo o del hospital, producido cambios en la población? ¿o qué impacto tiene en las personas, qué efectos ha producido?**

*Desde lo que he visto, que hay una visión... se, visualiza más, las personas logran visualizar más la importancia del proceso de gestación, yo lo visualizo muy en general, en chicas con quien he conversado, que, obviamente estoy hablando de gente que va regularmente a sus controles, que están cercanas al área de salud, porque también hay mucha población que no pesca, que lo que generalmente pasa, que hay ciertos programas que tienen antecedentes súper buenos, de metodología, etc. pero que no saben trabajar con toda la población, no están destinados para toda la población, especialmente con la población que necesitan más estos programas, que por lo general son poblaciones que están con más problemas de marginalización, entonces justo en esos focos es donde más cuesta llegar. Pero, dentro de la población que participa dentro del área salud de una forma más permanente, pienso que tiene un rol importante el consultorio porque es finalmente el que acompaña todo el proceso y las mujeres que*

*pueden ir a talleres, por lo menos las que pude acompañar yo y que fueron a los talleres, estaban agradecidas, que aprendieron, que les enseñaron, hacer los masajes, que no tenían ni idea o cosas de alimentos... tema de crianza que le han servido. Pero como te digo, son las personas están participando, entonces yo miraría entre el total de personas que están en una comuna x en proceso de gestación cuántas participan en el consultorio, cuántas fueron a los talleres, cuántas las visitaron en la casa, que son como ítems que tienen que ir marcando, cuántas que recibieron el material socioeducativo, cuántas valoran ese tema, y aquí estamos hablando solo de la mujer y la mujer no es solo la que está involucrada en el proceso, hay hombres, que bajísima participación, especialmente en los sectores urbanos populares y las familias completas, entonces si va la mamá y está el cd y no lo comparte y la única que se queda con la información es ella, pero el bebé va a llegar a una casa en donde están todos . Yo siento que se trata, pero falta mucho, lo que si yo veo es que hay cambios en las personas que participan activamente en estos procesos, pero hablo de “las personas” que generalmente son mujeres, las madres, alguno que otro papá, alguna abuelita, pero es como eso. Pero las demás personas, hablando como de población general yo creo que todavía no está bien concientizado este tema. Me refiero, más que al tema biopsicosocial, al tema de la importancia del proceso de la gestación y la primera infancia. Y ya lo biopsicosocial, como que la persona se concientice de cuán importante es el tema fuera de lo médico, que las enfermedades quizás no son tan debidas a un bicho que se me pegó y que me enfermé, sino a todo un proceso, de historia, de cuanto influye el estado emocional, eh los contextos, en la inmunología de las personas, las defensas, todo eso... y ahora estamos lejísimo del discurso de las personas en general. De hecho, creo que todavía está lejos del discurso de los médicos, que son los que dan como la pauta y de ahí para abajo, entonces ya partiendo desde que falta bastante dentro de los profesionales en sí, ya que obviamente las personas también se empapan con eso, va costando más. Pero por lo menos las personas que van participando en estas instancias van tomando más atención como a estos cambios, de las que participan y creo que son pocas para la población general que existe. Por ejemplo los talleres, yo no sé cuántas mujeres del total de mujeres embarazadas de un sector van al taller o van a más de uno, porque hay muchos temas que están asociado a la participación de las personas, cercanía de las instituciones,*

*entonces creo que hay mucha pega, falta mucho, se inicia, se trata, se cambia, porque primero también pasa por temas culturales. Institucionalmente se tienen que parar bien para poder presentarse a la comunidad porque se Chile Crece Contigo se para desde equipos anexos que vienen acompañar al hospital, ni siquiera son del hospital o no pueden tomar decisiones de cambios importante porque desde su experiencia ellos no son del hospital igualmente, entonces no pesan tanto, de su experiencia para poder aportar al hospital, entonces los cambios tampoco se van generando. Entonces la experiencia de los equipos, hablo de los equipos psicosociales, quedan dentro del equipo y giran, de repente se devuelven a los servicios de salud primaria, son lo que los mandan un poquito, pero ahí queda. Entonces los cambios van costando mucho más porque tampoco están incorporados. Ha tenido muy poca evaluación el Chile Crece Contigo, de impacto.*

Entrevista hecha por Loreto Cerda

**Entrevista dos Psicólogas (PS1 y PS2)**

**Cesfam - Región Metropolitana**

Fecha: 15 de octubre de 2014

**Nosotros, la investigación que estamos realizando tiene que ver con el giro en la salud pública Chilena de lo bio-médico...**

*A1: A lo psicosocial...*

**A lo biopsicosocial, y...**

*A1: ¿Esta tesis es ya para titularse?*

**Para titularse, claro. Y tiene que ver con lo Psico social, este énfasis que tomó con la atención primaria de salud y la implementación de los CESFAM. Nos interesa un poco ¿qué se entiende acá?, ¿Cómo se aplica?, ¿Qué programas se ofrecen?**

*A2: Mi compañera te puede ayudar más porque yo llevo una semana.*

**Ah, una semana...**

*A2: Si, y yo hice mi práctica igual en un CESFAM, pero también trabajaba en otro lado, pero yo creo que ella te puede ayudar más.*

**Bueno, pero yo creo que tu experiencia como practicante, como se pone en la práctica esto de lo psicosocial, la dupla quizás, la dupla psicosocial, la relación que pudiste ver que se tiene con los médicos. Quizá eso nos puede ayudar o colaborar. Mmm, bueno para partir pedirte que me puedas contar ¿que entienden, acá en este cesfam por lo menos, con respecto a lo biopsicosocial?, ¿cómo lo aprecian? Tú como profesional y también como institución.**

*A1: Bueno, yo creo que lo primero y como primordial de este tema es el entendimiento de lo psicosocial tiene que ver con que el consultorio haya pasado a Centro de Salud Familiar, cuando cambia a este nombre guarda un sinfín de cambios en el sentido de que se entiende la salud como algo integral. El usuario que se acerca a la institución viene con todo un cúmulo de necesidades que involucran lo psicosocial, de hecho en la mayoría de los cesfam, por lo menos de la comuna de Quilicura, en los tres y en la zona norte que yo más manejo, existen impresionante la asistencia social y el trabajador social, y tiene un lugar importante dentro de todo el trabajo. En todos los cesfam tienen distintos programas de salud por decirlo de alguna manera. Están los cardiovasculares, los crónicos, los postrados, está Chile crece contigo y en la mayoría de los programas el trabajador social es parte de ellos, en el análisis de casos por ejemplo. En lo particular, nosotros trabajamos estrechamente como psicólogos con el trabajador social, sobre todo en el programa Chile crece contigo, que es un programa a nivel gubernamental que el ministerio lanza a todos los cesfam y se trabaja mayoritariamente con adolescentes y embarazadas adultas con algún tipo de riesgos, sobre todo psicosocial. Psicosocial nuevamente.*

### **¿Qué tipo de riesgo psicosocial?**

*A1: Por ejemplo, el embarazo adolescente ya es un riesgo, mmm...quizá que necesite más redes de apoyo, la deserción escolar, mmm...en ocasión el VIF en alguna relación de pololeo, algún consumo de drogas o alcohol. Diferentes factores que sean riesgo para el embarazo o de crianza para el menor, por eso el programa contempla más o menos una visita hasta el año, y luego habrá también un tipo de seguimiento como son por ejemplo, bueno, hoy en día en lo puntual hay un tipo de reforma en el ministerio de salud que plantea que para nosotros era una meta por ejemplo el tema de la obesidad infantil hasta cierta cantidad de años. Hoy día, bueno, yo creo que también tiene que ver con el revuelo y la connotación social que tiene el tema, del apego, de la crianza respetuosa, todo este tema, el tema de la lactancia pasa a ser una meta para la salud, es decir, matrona, enfermera, bueno, todos los profesionales transversales de la atención de la madre y el hijo en la diada va a tener que ser agentes activos de potenciar la lactancia materna, eso también tiene que ver con lo psicosocial.*

*Desde ya entender, desde mi formación y todo, la A2 te puede hacer un comentario, tiene repercusión de lo psicosocial. Evidentemente que las demandas que hoy en día nosotros recogemos acá como particular cesfam responde mucho al ambiente psicosocial, al contexto social, no es menor que las problemáticas o las demandas que nos plantean nuestros usuarios tengan denominadores comunes, los ciclo vitales marcan ciertas problemáticas de salud mental, ciertos trastornos adaptativos. Condiciones laborales, deserción escolar, consumo de drogas, qué consumo de drogas, qué tipo de drogas se consumen en esta comuna en particular. Desde mi concepción particular pienso que todo es psicosocial, bien desde lo social y la lactancia como no, también po es importante, o sea no es solo que la madre de pechuga, hoy en día sabemos que es un proceso que guarda muchos otros factores también. Una chica o una mamá adulta esta, no sé po, en un escenario de violencia intra familiar, quizá el sistema económico que tienen es insuficiente, la calidad de vivienda no es la adecuada, siempre hay crianza de más de un hijo, quizá inmigrantes que también es un caso que se da mucho en Quilicura, el idioma también es una barrera, son condicionantes que lamentablemente no ayudan en el proceso de lactancia por ejemplo, si tiene un mal embarazo es seguro que el proceso de lactancia va a ser complejo sobre todo si va a salir a trabajar prontamente, si no cuenta con la disponibilidad adecuada, si su pareja no está a la par, entonces esa es una meta bonita, es una meta difícil, una meta en la que todos los profesionales tenemos que estar ahí latente. Y nosotros, más bien los psicólogos que trabajamos desde lo psicosocial en casos muy puntuales también podemos ser parte de las visitas domiciliarias. También en el programa del chile crece contigo que también en unos casos en particular que a lo mejor en nuestros proceso de entrada de casos se llama selector de demandas, es la primera entrevista o entrevista de cogida o de ingreso que le llaman en otros lugares y en ocasiones ahí en la entrevista van a enfocar no solamente en el tema de salud mental, también podemos recoger otro tipo de riesgos. Cuando efectivamente el profesional considera que esos riesgos pueden agudizar la patología de salud mental o el trastorno adaptivo si es así el caso, siempre se puede conversar con la jefatura y además y plantear la posibilidad de hacer una visita para tener una mirada más amplia del fenómeno y no segmentarlo o estigmatizarlo solo con el nivel social, no solo que sea por un tema de falta de casa o de pega, todo guarda un fondo más bien psicosocial, entonces hay casos bien lindos o*

*particulares donde uno puede acceder con el colega trabajador social y asistir al hogar. También existen otros espacios donde trabajamos con el trabajador social que es el MI, hay un protocolo que se llama maltrato infantil, también ese trabajo por lo general se hace en dupla, también pa lo mismo, como para tener la mirada más amplia del fenómeno, no segmentarlo sino darle una mirada más amplia.*

### **Es la dupla psicólogo – trabajador social**

*A1: Si, en general son espacios bien marcados donde se hace el trabajo con ellos, sobre todo en la infancia y luego como en los pre escolares, máximo con niños de octavo básico con los que se hace MI, es el trabajo más arduo con asistente social, digo hay casos particulares como el adulto mayor o el trabajo con VIF también se da, anteriormente se hacía más fuerte con el asistente social, pero en el caso de violencia intrafamiliar también puede ser citados por psicólogos o trabajadores sociales, según sea el caso. Igual es importante que como, si bien los tiempos de la salud pública son presurosos para todos los programas, emm nosotros tenemos la ventaja, y validación también, de darle particularidad a cada caso, no puede ser tan estándar, entonces hay casos particulares que tu podi darle otro tipo de tratamiento otro tipo de vuelta y en ese sentido podemos analizar un caso de mayor manera y ciertas visitas a la usaría que haya dado indicadores de riesgo. Se trabaja harto con las redes, finalmente desde el trabajador en red, habla harto de cuidar todo lo psicosocial, teni que estar como eh bien pila en saber que está pasando con las otras instituciones, que tan fluido es también el trabajo, porque tampoco la idea es como sobreintervenir en cualquier caso digamos. El tema es sumar efectivamente pero no la retraumatización de ningún usuario, sea de niño o sea de adulto.*

**¿Esto tiene que ver como cada profesional se plantea frente a alguna problemática o como institución digamos es para todos igual?, osea cada profesional se tiene que hacer cargo de esto y visitar casos a domicilio y generar redes.**

A1: Lo que pasa es que nosotros como, nuestro programa en particular en salud mental tiene esa necesidad de trabajar en red, necesidad de tener contacto con el Cosam que es el otro centro de salud mental, saber cómo está trabajando la OPD que es la oficina de protección de los derechos del niño y otros espacios que no son tan renombrados y es necesario también poder indagar ahí, como los PIB, el CODEM, mmm... , el ALFAGUADA que son programas nuevos que no responden netamente a salud pero que si tiene que ver con el SENAME, el SERNAM, la casa de la mujer, la casa de la jefa de hogar, y que finalmente tiene que ver con mas bien desde lo psicosocial que de la salud pero que son evidentemente factores que determinan de alguna manera el bienestar del usuario por eso para nosotros es importante trabajar en red. Yo no te podría decir que son todos los profesionales pero puedo hablarte del equipo de salud mental, nosotros estamos bien enganchados con eso, estamos súper aguja en saber que están haciendo los otros, como podemos ayudarlos, se hacen reuniones a nivel comunal también la jefatura y de los programas, y de los cesfam en particular, y representantes de cada organización o por lo menos es lo que se pretende como para trabajar en una sola línea. Y como lo que te digo que es súper importante que es no sobreintervenir, de repente si no existe esa comunicación fluida lo que pasa es que se cruzan los casos y ha pasado un caso por todos los lugares y en realidad sigue en el mismo lugar, sigue sin hacerse nada siendo un caso que todos lo saben, yo lo conozco ahh yo también, entonces es importante que existan este trabajo en red, que finalmente dejo los egos de lado entendiendo que el bien mayor tiene que ver con el usuario, tiene que ver con la comunidad, la comunidad en su genérico, porque finalmente si yo como vecino presencio una situación de maltrato igual lo paso mal, estoy que me meto y remeto, y a mí me ha pasado lo del relato del usuario que son testigo como pasivos de esta violencia, ahí hay que sensibilizar, problematizar, porque tampoco puedo decir yo llame a los carabineros porque también tienes que saber cómo trabaja el carabinero por ejemplo, que no va a ser un trabajo tan rápido, como popularmente se dice en cosas de pareja mejor no meterse, entonces finalmente tienes que desmitificar harto, cachai, pero yo creo que como profesional, en lo particular, somos harto como un trabajo bien comunitario, como bien...

A2: Yo creo que otro espacio como importante es por lo menos por mi experiencia en otro CESFAM es como las reuniones por sector que se llaman que médicos,

*nutricionistas, asistente social, psicólogo, entonces se da como, por ejemplo no se po, como analizar casos más complejos que analizar y tener todas las miradas juntas entonces todas aportan desde su área pero en conjunto.*

### **¿Eso se realiza acá igual?**

*A2: Osea no específicamente en este pero...*

*A1: Lo que pasa es que esto como de que sea CESFAM tiene que ver con un tema como de una certificación, como las ISO9000 pero en lo público y en particular en la salud, si en algún momento fue un requerimiento el tema de las reuniones intersectoriales como transdisciplinario, en este CESFAM se dan más como para saber que paso en el mes, más que por caso, lo que se da harto es que nosotros tenemos, bueno según el sector, pero por lo menos dos veces al mes la reunión del Chile crece contigo, está la matrona, está la asistente social, está la enfermera y esta la psicóloga que es donde te conté que se trabajan los casos como más complejos de, en cuanto a la gestante, riesgo, y ahí también los trabajos son bonitos porque ahí vas poniendo cada mirada como para ir complementando el trabajo, estar en permanente monitoreo de la evolución del usuario, si existen hijos menores, hay harto factores que son relevantes en el sentido que no es lo mismo que una mamá tenga un hijo de 6 años otro de 10 y venga ahora a tener un hijo puede ser como normalito, pero si tienes un bebé de 4 meses y quedas embarazada, ese embarazo va a ser complejo, va a ser un motivo de quiebre, va a ser un trastorno adaptativo porque es más que una crisis nerviosa, estoy saliendo del posnatal y nuevamente quedo embarazada. O una mamá que también su hijo menor tiene 18 años y vuelve a quedar embarazada, también hay crisis. También hay que ir mirando, no se trata de sobre exagerar pero hay momentos en que hay que poner el ojo más agudo y ver qué es lo que puede ser más complejo, que escenarios es más complicado de trabajo. Entonces por lo menos nosotros como CESFAM ese es, eso se da en el Chile crece, es difícil que tú puedas hacer análisis de casos con todos los profesionales porque, sobre todo en las comunas más periféricas o del sector norte tiene que ver con el tema del médico. El médico en APS es bien (...) cambiante, como que hay mucha rotación, por un tema de remuneración, por un lejanías de los lugares, no es lo mismo trabajar en Ñuñoa o en Providencia, en el*

centro, que en Pudahuel, la Pintana en Quilicura, porque los traslados son complicados, a lo mejor los sueldos no se equiparan al esfuerzo, etc. Entonces es común ver que un doctor no dura mucho tiempo en un lugar de trabajo, son escasos, es lo mismo que el doctor chileno, es poco el doctor nacional que está en APS, no solo acá, yo creo que en la mayoría, en todo el país se podría hacer una estadística y son poquísimos, entonces también teni que estar trabajando con ese otro factor que no siempre, no es que merme el trabajo, pero si tiene otra mirada, el doctor extranjero tiene otro tipo de problemáticas, para el doctor extranjero es muy complicado entender y leer el tema de salud mental porque, que es salud mental, que depresión, claro quizá allá es una cosa climática que a nosotros no nos ayuda mucho en los países, y no lo digo yo lo dice la literatura, en los países más templados, más caribeños es re poco el tema de salud mental o quizá las problemáticas son otras, igual existen otro tipo de temas sociales que pesan un poco más , entonces finalmente las patologías para algunos son nuevas, que el trastorno adaptativo, el trastorno angustioso, que váyase a correr, váyase a tomar aire, claro, y que desde lo coloquial sipo, sale de tu casa, pero en realidad ahí tiene que haber otro trabajo po, hay que educar, psicoeducar, problematizar, no es solo que yo te mande dar 10 vueltas a la manzana. Entonces igual en ocasiones ese tipo de factores hace que tu tengas que tener mayor esfuerzo porque no sé, tienes que mostrarles a ellos esta nueva cultura, esta otra gente, este país distinto, a pesar de que estamos en la misma américa pero son cosas distintas, nosotros si llega alguien con alguna picazón o picada de un mosquito extraño para nosotros sería raro, distinto porque no lo conocemos, las enfermedades bronquiales, respiratorias también a ellos son nuevos, es muy raro que en Ecuador, Bolivia o en Perú se presenten este tipo de patologías respiratorias, tienen otro tipo de enfermedades, por algo necesitan certificarse, entonces siempre tienes que estar trabajando así como en la multiplicidad de caracteres pero también con la multiplicidad de miradas.

### **¿Ellos lo van tomando?**

A1: Si ellos lo toman y otros no, como todo, otros que no, pero yo creo que ahí está la gracia igual.

**Y los médicos chilenos que han estado acá, bueno tu igual me dices que existe este fenómeno que han ido rotando...**

*A1: Bueno, en este CESFAM en particular hay (.....) dos doctores chilenos que llevan larga data, que llevan un buen rato y que de hecho habla que trabajan bien como por la vocación, porque finalmente hay que recordar varias cosas de carácter doméstico como que un doctor que trabaja en APS un buen rato puede acceder a otro tipo de beneficios, pueden simularle una beca cachai, entonces una persona que trabaja mucho tiempo en APS, habla de que tiene vocación, en APS un doctor no gana millones como en la clínica o como en un hospital más especializado, entonces es un lujo encontrar un buen doctor chileno en APS, son pocos los que hay aquí pero son buenos, son súper abiertos al aprendizaje, también solidarios en el conocimiento ya que tú también tienes que ir manejando. Finalmente, a mí me pasa como profesional, no te podí resistir como a lo biomédico, independiente que la mirada o el paradigma este cambiando hay cosas que son médicas, hay cosas que efectivamente son orgánicas no todo es solamente ambiental y teni que manejarlo, seguramente no voy dar la respuesta inmediata pero hay que ir leyendo, hay que cachar de remedios, porque finalmente estamos trabajando en salud y todavía ciertas soluciones, porque la cura se ve en el fármaco, se ve en el doctor, cada vez como profesionales, yo llevo como un año en los programas, y también agradezco al equipo y lo refuerzo en el sentido de que hoy día hemos conseguido cada vez un mayor lugar de los psicólogos, como desde lo domestico te dicen doctora, eso igual como que claro, es como el saber poder que está en todos los lugares ubicados y ahí tu sabi que trabajai con ese saber y ese poder, y con eso soy validado como profesional digamos, porque tú también te la vay gestando para aprender un poco más, o sea yo no puedo no querer saber qué pasa con la floxetina, seria súper absurdo mi trabajo acá dentro del CESFAM si yo ,eh negara y pensara que todo tiene que ver con lo psicosocial o lo comunitario, teniendo todo el respeto y que tiene que ver con eso, pero claro que necesitan del apoyo farmacológico, o sea el que no puede dormir por semanas no está bien po, y si ya no le hizo bien la valeriana, la melisa, necesita apoyo, todos sabemos que no puede haber una persona que no tenga un buen descanso. Si tiene que haber rehabilitación de drogas o alcohol, incluso consumo de cigarrillos, y no puede hacerse eso, tiene que haber otro tipo de apoyo, si*

*vamos a dejar un tema como el cigarrillo te va a dar ansiedad, hay que hacer algo con esa ansiedad. Entonces nosotros tenemos que ser flexibles, evidentemente validar nuestro espacio, que nos demos a respetar en el sentido que nuestro saber también es un saber, un saber distinto pero tan válido como todos los que están acá, pero también ser flexibles, entender todo tiene una mirada más amplia y yo siento que eso hoy en día el CESFAM lo ha dado mucho más. Esto de entender la salud como algo transversal e integral y le ha dado un mayor espacio a esta mirada holística, a veces, que todavía es mirado raro, que los psicólogo también llenamos fichas, que también hacemos informes, cachai, somos incluso metas en algunas cosas, nosotros no es que estemos aquí escuchando a la gente todo el día, aquí trabajamos harto en taller que esos es súper importante porque finalmente es un trabajo comunitario, grupal, hay que salir a los colegios hay que salir a la redes, hay que salir a los jardines infantiles, a las asociaciones vecinales, etc, entonces tampoco es que el psicólogo este así como en el box o futon, el paciente ahí, no, es un trabajo súper activo y yo creo que también tiene que ver con características personales y con la mirada. Yo trabaje en un colegio acá y también tuve que salir a la calle, no estaba sentada en una oficina cachai, porque teni que entender la salud mental con algo integral, como algo que también está afuera, no solo en lo privado, también en lo público, no solo intimidad hay una dualidad, también estamos afuera, no puede ser que me pase nada con lo que hay ahí afuera. Obviamente si la gente vive en la pucara donde la basura no se saca continuamente, hay mucho narco, donde se vende en todas las esquinas, donde hay mucha deserción escolar, no lo pueden pasar bien. Si llegai tarde de tu pega cansado y con la preocupación que te van a asaltar porque en el barrio no hay luz obvio que es un factor que altera entonces es estresante, cachai que no podi decir que esta estresado porque trabaja mucho, hay hartas cosas más.*

**¿Y esa apertura o flexibilidad que tienen ustedes como dupla psicosocial a la mirada médica, de parte de los médicos hay esa apertura y flexibilidad a estos factores psicosociales. O hay mayor resistencia, que creen ustedes?**

*A1: (...) Bueno hablando de Quilicura, yo también hice mi practica en un CESFAM de la comuna y más que ser abierto a esta flexibilidad tiene que ver con que si yo trabajo*

*en un lugar yo sé en qué lugar estoy trabajando, yo sé con qué tipo de usuario me voy a encontrar aquí en Quilicura, primero porque yo soy de la comuna entonces yo sé cómo son mis vecinos, la evolución que han tenido comunalmente hablando, geográficamente y demográficamente, hay harta cosas que son distintas a 10 o 15 años atrás entonces también las necesidades son distintas, entonces si tu llegas a esta comuna, no sé, aquí hay harta comorbilidad y harto crónico, no es solo que yo tenga sintomatología depresiva, hay señoras que tiene artrosis, traumatoide, todas las enfermedades de articulaciones y eso te habla de una mujer que trabaja desde los 10 años, condiciones laborales paupérrimas, no sé, todo un círculo que genera este fenómeno de la demanda del usuario que dice vengo por esto, pero tú tienes que tener la capacidad de escuchar lo que te va a venir...yo me imagino que desde el prejuicio o desde el supuesto qué toda persona que está aquí sabe a lo que venía, sabe con quién se va a encontrar al frente porque o sino lo pasan horrible, si hay gente que no sabía lo está pasando super mal porque en verdad teni que tener un rato de escucha, yo creo que eso a nivel de salud general lo complejo son los rendimientos de salud, tu atendí a mucha gente en poco rato, entonces nosotros como profesional tenemos que poner solo la oreja igual es desgastante a ratos, por eso nosotros trabajamos harto en taller, tiendo a entender que el taller es un tremenda estrategia y herramienta, porque yo no solo hablo también escucho, aprendo, un aprendizaje significativo del otro. Eso, no sé si todos están abiertos a esta flexibilidad pero todo el que está aquí ya sabe, el que viene por una tos no solo le va hablar sobre la tos, por eso el programa de salud mental, este programa contempla individual y grupal, teni que estar abierto a esta particularidad del usuario, que me imagino desde el prejuicio que es diferente al de Ñuñoa, aquí la compañera nos puede contar, a los de Independencia, a los de Las Condes, obvio que es diferente al de la Pintana o al de la granja que también es distinto, nosotros no tenemos metro por ejemplo, nos estresamos full, aquí a pura micro, La Pintana, La Granja, Santa Rosa tienen metro, eso va a ser un factor ambiental pero determinante para la salud mental del Quilicurano, salir y entrar en Quilicura es un parto, eso genera dinámicas de ausencia o de violencia también, desde ahí lo comunitario y lo psicosocial es importante, tu estay contextualizado, no soy un sujeto lanzado, ocupai un lugar, por eso insisto que el que está aquí debe estar preparado ante eso, saber a quién estas atendiendo.*

**¿Con respecto a los programas, que programas y que servicios y como se ve en la práctica esto de lo psicosocial, que programas aplican acá?**

*A1: El programa de salud mental tiene acá harto de psicosocial porque tenemos que salir a la comunidad, a las redes, a los colegios, hay una colega que hace talleres en jardines infantiles, el colega de rehabilitación de alcohol y drogas tiene lo que se llama el multifamiliar que es una organización que lleva años de funcionamiento, se trabaja harto con la comunidad en el sentido de las campañas de la obesidad por ejemplo, el asistente social visita niños que tienen índices de morbilidad obesos, van a la visita a psicoeducar, problematizar, si es un problema el peso del chiquillo, que se puede hacer, que se puede hacer, está bien activo el trabajo social en los programas en general, son parte del programa de postrados por ejemplo, cuando las personas están sin poder levantarse o con una enfermedad crónica terminal el asistente social tiene que hacer una visita, aparte de la enfermera y el doctor que tiene que ir a visitar ellos también van, también hay otros factores, como las condiciones, el cuidador, la partida de esa persona enferma, etc., entonces esta como integrado en varios programas. Ahora hay que entender que el usuario es transversal, tu usuario tiene una larga data de atenciones, lo conocen varios profesionales, unos por nombres otros por fichas, y si lo recordai preguntai, no es solo tu usuario es transversal, aquí ahí harta patología dual o usuarios con comorbilidad y son usuarios flotantes que gran parte del mes pasan acá, a buscar la leche, a buscar el alimento, a buscar el remedio, a tomarse la presión, a hacerse el electro, ya que hoy existen muchas más prestaciones y servicios en los CESFAM de lo que eran antes, antes habían muchas cosas que había que ir a hacérselas al san jose por ejemplo, pa Maruri, a los CDE, en cambio aquí se hacen hartas cosas que antes no se hacían que ahora el programa de salud mental puede hacer o el COSAM puede hacer, etc..*

**¿Me gustaría conocer también de que manera participa la comunidad con respecto a los programas y al CESFAM?**

*A1: Por ejemplo de lo multifamiliar, es como de rehabilitación, ahí se trabaja con, particularmente con familias de personas con consumo problemático pero también consumo de cigarrillo por ejemplo, o alcohol o drogas, y es una parte bien activa de la comunidad acercándose al CESFAM, otro espacio que no lo manejo tanto que se llama el consejo de desarrollo local que es el CDL, que ese espacio lo lleva la trabajadora social y tiene que ver con que la comunidad se toma el espacio del CESFAM, que conversa sobre problemáticas transversales al CESFAM, cosas comunales, demandas, consultas, inquietudes que tienen que llegar desde las bases hacia arriba, hacia el director de salud, etc...entonces hay hartos espacios comunales. Ahora por ejemplo, hace 2 semanas atrás me confirmaron que algunos funcionarios forman parte de una encuesta que imparte el departamento de salud comunal, donde el fin era conocer la percepción de mmm...de Quilicura comunal, viendo la salud como conversamos, algo integral, no solo la salud publica sino que también desde lo privado, independiente que te atendieras con una ISAPRE o algún centro médico particular, igual nos podían responder, consultabas sobre los factores de riesgo, sobre la comuna, sobre los contaminantes, Quilicura es conocida sobre su contaminación industrial, en un fenómeno, que también es transversal, los perros vagos, etc...entonces también la comunidad es parte de esos procesos. La idea es que ahora a final de noviembre seamos parte de un espacio de mmm...una consulta participativa o un dialogo comunitario.*

*A1: ¿Cómo se llama lo que pasara en noviembre? ¿Consulta participativa?*

*A2: No, dialogo participativo.*

*A1: Claro, una consulta participativa que ahí es donde van a aparecer todos los resultados que arroja la encuesta, que los centros vecinales, los lugares considerados más inquietos en la participación, con esto que sean aparte de un dialogo también sean parte de esto, no solo las instituciones más formales sino que el vecino sea parte de este espacio porque psicólogo y asistente social de los centros de salud familiar seamos mediadores activos en el proceso, entonces igual hay una relación como...igual tu no podi quedarte fuera un poco de los temas políticos en el sentido que las cosas se hacen en un sentido distinto a como seria antes no se si mejor o peor porque hoy en día ya tienen un peso importante para lo que llega arriba y tu lo vei, independiente de que si tu abogai por esta forma u otra de manejo comunal, de*

*organizaciones sociales, la comunidad tiene una mirada distinta a lo que es Quilicura porque la alcaldía en este caso particular. Parece que ha dado el espacio para que la gente se sienta un poco más empoderada. Yo creo que las cosas que uno ve desde lo domestico es que las plazas estén ambientadas con temas de la salud, como hacerte parte. No es raro ver, yo me vengo caminando ya que vivo acá, ya a las 7 o 7:30 tú ves gente usando esos espacios, entonces la salud se esta entendiendo de todos los lugares como algo más álgido. Los mismos espacios de skaiter que también es un espacio de recreación para los chiquillos, también me parece una estrategia súper buena, no se po, como las celebraciones de los hitos particulares que existen en distintas culturas, todo eso es enriquecedor, eso te hace sentirte un poquito mejor, salirte de la cotidianidad, de la rutina, y la comunidad se siente más participe, yo creo que hay cosas que mejorar y mucho que hacer, pero yo creo que también como toda cosa hay que darle un poco de tiempo, no es llegar e implementar algo. Yo creo que desde ese lugar la comunidad se hace harto a cargo.*

**Eso, les doy las gracias, gracias por la información que me pudieron brindar, no sé si quieren agregar algo.**

*A2: Si, yo no hable nada jajaja*

**Por favor, si nos puedes comentar**

*A2: Desde mi experiencia, bueno esto que te decía yo, yo hice la practica en Macul, en la población Santa Julia, que también es súper vulnerable, entonces claro, ahí también hay que adecuarse al contexto, por ejemplo como hartas familias, como harto narcotráfico, también son como otras problemáticas según donde tú vas trabajando, pero, o sea, por lo menos a mí lo que me gusta harto es que haya podía salir harto a hacer visitas, a conocer como estaba la dinámica familiar. Y ahí también se trabajaba como con casos complicados y que se abordaban desde distintas posturas, entonces ahí también se da algo súper interesante, también el otro CESFAM que estuve en Ñuñoa también se hacía eso, también se generaba ese espacio súper rescatable, donde se puede aportar desde distintas miradas, eso es súper fundamental. Yo creo*

*que eso aquí pasa pero yendo uno al profesional a buscar (...) la información en el fondo, con la misma ficha.*

**Es más particular.**

*A2: Por lo que entiendo sí.*

**Ah ok, en los otros dos cesfam si estaba ese espacio.**

*A2: Habían instancias especialmente para eso*

*A1: Yo quería agregar algo jajaja así como aprovechando, todo el rato. Mmm que creo que una de las fortalezas de estar en un centro de salud familiar tiene que ver con que esta sectorizado por color, esto quiere decir que yo tengo cierta cantidad de población y de villas, está el sector azul, hay sector verde, sector rojo...*

**¿Eso tiene que ver con la división de Quilicura?**

*A1: Si, entonces que pasa con aquello, bueno yo tengo la ventaja que vivo en Quilicura y tengo...bueno yo sé dónde vivi tu po, yo hablo con el sujeto en su integridad, yo sé lo que es la pucará, yo sé que son los Tijerales , yo sé lo que es lo Cruzat, ¿Me entendí? , eso es súper importante también, y tiene que ver también con la motivación personal, si tienes que tener una mirada amplia de donde estas, no es lo mismo trabajar con personas que viven en lo Cruzat, en el líder o frente al líder, a vivir en la pucará, en la pradera, en la san esteban, cachai entonces yo siento que es como bonito saber eso.*

*A2: Es como situarte de donde viene*

*A1: Claro, es un plus que hace que la empatía sea mayor y eso si que yo creo que le pasa a la mayoría de los profesionales, aunque también pase como del otro lado, como que, ahh no ese es de la pucara como que lo atiende rápido , porque puede pasar, a nosotros nos ha pasado, y a otros profesionales les pasa, y yo también no puedo decir que no me ha pasado, digo pucha pero bueno, a otros le ha pasado pero bien po, atendí rápido porque sabi de adonde viene y es más choro, no se va a quedar callado, entonces ya, teni que apurarte y hacerla bien cortita, entonces por eso finalmente eso*

*suma pa la pega. Yo sé que hay ciertos usuarios que por ejemplo no les puedo dar cierta hora de atención porque les cuesta tomar el colectivo, entonces esta relación terapéutica por decirlo de alguna manera se enriquece con estas cosas, yo sé que no puedo citarlos a las 8 de la mañana porque el colectivo no va a pasar, sé que también en la tarde después de almuerzo es súper complicad, eso te da una ganancia, porque el que está al otro lado sabe que cachas de donde viene y quien es, que no es un numero de ficha, efectivamente el Juan Pérez vive en la pucara y así lo recibo, finalmente, y eso lo he visto en la mayoría de los cesfam que conozco, que es un plus saber esta sectorización, bueno, porque no es que un sector tenga puras villas buenas y otros villas malas, sino que es compartida.*

### **¿Los usuarios no manejan esto de la sectorización?**

*A1: Si, todos saben de qué sector son.*

*A2: Si, a que sector pertenecen. En todos los cesfam es así en todo caso. Por color.*

### **Tanto usuarios como profesionales saben entonces.**

*A2: Cada por ejemplo psicólogo pertenece a un sector específico y sabe cómo es su población.*

*A1: Es que es una de las condiciones para ser centro de salud familiar, tiene que ver con esta cosa como de segmentar, pero segmentación no negativamente, no es que sea división, de hecho tienen hasta nombres así como de, algunos de mapudungun o ancestrales, etc. y tiene que ver con eso, con ordenarse y habla de que hay un buen rastreo, tu sabi lo que hay y hasta donde llega tu comuna. Nosotros llegamos hasta Ohiggins, de ahí para allá está el CESFAM Salvador Allende, ahora obviamente que hay CESFAM que tiene una población más vulnerable que otra pero tiene que ver con que las villas están muy cerquitas, es importante de donde viene ese otro. Eso.*

**Eso, sí. Bueno gracias por la información que me pudieron entregar, contarles que en esta investigación que estamos realizando nosotros más que nada lo que hacemos es ocupar la información de estos discursos que ustedes nos pudieron**

**entregar, pero sus datos personales e identificación no aparece en esto, ya. Eso, darles las gracias por espacio.**

*A1: De nada, ojala te ayudemos, esa es la idea.*

**Gracias.**

Entrevista hecha por José Molina

## **Entrevista a Enfermera (ENF)**

**Cecosf, Peñalolén**

Fecha: 05 de noviembre de 2014

**¿Qué es el modelo biopsicosocial o el modelo integral con enfoque familiar y comunitario (Integral con enfoque biomédico) y cómo se aplica en la atención a la población aquí en la comunidad, en los usuarios?**

*Como en general... bueno, nosotros tenemos consultas individuales, como las vas a tener tú después cuando te desempeñes como psicóloga, vas a participar también de talleres grupales ya sea de salud mental con consultoría con tutores de nivel secundario nosotros también tenemos asesorías de las áreas, con cursos, diplomados, en fin. Ya tenemos todo, porque cada consultorio para ser validado como centro de salud familiar, ya estamos validados, hicimos los diplomados de salud familiar, ya nos enseñaron lo que es el modelo biopsicosocial basado en la evidencia científica. Eso se aplica en la atención individual y también en la atención grupal, yo hago talleres, yo hago talleres todos los lunes, aquí tengo una lista de talleres, en que por tres meses le voy dando a mi jefa, que es la matrona que está al lado, ella es la jefa de este sector, del Cecosf. Este es un Centro comunitario familiar, se llama esto, Cecosf. Eh, todos los profesionales aplicamos ese modelo, o sea, atendemos al paciente desde la esfera de... tanto de su entorno familiar, relaciones familiares, sobre todo los crónicos, ah porque los diabéticos por ejemplo es muy difícil que un diabético esté estimulado si la familia come por decirte, comida chatarra, sal, azúcar y de todo y no lo ayuda. Entonces, nosotros tenemos que ver qué pasa con esa parte, que pasa con la parte emocional, que tiene mucho que ver, son factores estresores, para tener compensados a los pacientes y es una parte que por lo menos nosotros tenemos que informarnos para poder dar un consejo, nosotros no pretendemos hacer el cambio desde nosotros, tú sabes que en salud, el cambio no va a partir del servicio, el servicio presta asesoría, da consejería, da consejo, eh, aclara dudas, indica cosas que son precisa indicar como la medicación, o hábito o todas esas cosas, exámenes que tienen que hacerse, porque es importante estar compensado, cuales son los valores que se esperan, en fin. Pero lo demás, nosotros, al menos yo, a todos los pacientes les digo, usted sale de la puerta y*

la tarea es en la casa, por lo tanto lo que llamamos el autocuidado, que es una palabra muy manoseada, implica mucho e implica poco, pa' mí, por años, yo estoy del año 89 trabajando en atención primaria, tengo veinte no sé cuántos años trabajando, eh, 25 años parece y siempre les digo lo mismo. O sea, yo nunca estuve de acuerdo con el modelo paternalista que tuvimos en los años 70, 80, 90, en que todos nosotros, usted va a hacer esto, lo otro, lo otro y lo otro y si señorita, si señorita y era como, no sé, como niño, personas, caballeros de 50 años, personas de 60, eh no, centrado en la persona, tomando en cuenta su problemática familiar, sus recursos económicos, porque nosotros trabajamos, esta población es población de riesgo, de bajos recursos económicos, de trabajos mal remunerados, porque no han tenido acceso por la escolaridad en general diría yo, yo llevo del 2012 trabando acá, dos años y ya más o menos globalmente me he hecho una idea, yo no tengo una estadística en estos momentos, así palpable, medible como debe ser, en forma sería profesional para decirte mira, tengo una estadística de tanta escolaridad, pero una ya se hace una idea viendo a los pacientes, ya que trabajé tantos años en el Calvo, en la Faena, en San Luis y bueno y eso, nosotros tratamos de centrarnos en... ponemos hincapié si, en algunos puntos en especial cuando pesquisamos, suponte que el paciente, la paciente está pasando por de duelo, de depresión o algo así, ponemos hincapié en esa parte, la parte medicamente puede ser importante que yo la recalque, así como recuerde que tome esto, lo otro, lo otro y se lo dejamos anotadito, le damos una planillita chica en el carné y ella lo puede revisar, pero más nos centramos en lo otro y la invitamos, la sugerimos, usted desea integrarse al programa de depresión por ejemplo, usted desea integrarse al plan de salud mental, con una psicóloga que le de ayuda, que pueda conversarle con más tiempo, dedicar a ver cómo puede encaminar sus problemas, en fin. Hay a veces madres que tienen hijos drogadictos acá, jóvenes, hijos drogadictos violentos incluso, es que acá hay una problemática de bastante difícil manejo, lamentable, o sea lamentable te digo yo, tengo cuatro hijos, todos adultos, una niña y tres niños y bueno, cuando son adultos uno no maneja si se copetean, si fuman, si esto, si lo otro, es la vida de ellos, pero uno como madre siempre está preocupada, hay muchos hogares mono parentales, que la madre es la madre-padre, padre ausente, se saca la mugre, no tiene control sobre los hijos, hay deserciones escolares, entonces hay toda una problemática aquí que hay que abordar desde ese punto de vista. No es

como el modelo antiguo, yo como en los años 70 en la Universidad de Chile, en la carrera, bueno, las profesoras en general, las enfermas en general somos conocidas como cuerdas ah, como así, esquemadas total, ehm acotación es que yo soy una excepción a la regla, o sea no vas a ver un box de una enfermera que llene de planfletos de Soda Stereo, de Victor Jara o lo que le gusta, a mí me importa un bledo, mi jefa me lo permite. Pero antes nos decían preocuparse de los medicamentos, de la sal, de la dieta, del azúcar, de esto, de lo otro, pero después que bueno que vino todo este cambio, porque el paciente, yo siempre quedé con la sensación cuando era alumna de que el paciente quería decir algo más. Lo que sí es lamentable, es que todavía trabajamos con 20 minutos por paciente y los médicos por morbilidad ven por 10 minutos al paciente. O sea dígame el motivo porque hoy viene, qué siente, qué le paso, desde cuándo y tatata y hace interconsulta, da los remedios, las recetas y listo, hasta luego, me viene a ver en diez días si no le ha pasado, mejor... entonces no hay tiempo para, todavía no hay tiempo para el paciente, darle más cabida a que exprese porque se lo dejan para adentro. A veces en los talleres salen las cosas, cuando yo hago talleres los lunes y muestro power y hablo y paro el power un momento y dejo que hablen ellos y que intercambien ideas y experiencias, hay van saliendo cosas a veces. Incluso ayer las internas hicieron la presentación de su trabajo de internado, serán futuras colegas el otro mes, y nos mostraron una experiencias con diabéticos que en realidad a nosotros no nos gustan y que somos las antiguas profesionales que siempre las estamos controlando y había una alta estadísticas de paciente que no le interesaba venir a controles y que no se estaban tomando los remedios, sin embargo si tu hubieses analizado el sistema informático vez la forma de cuentas toman remedios, si están al día y todo eso, da una alta cantidad de paciente que se están tomando los remedios y uno redacta, "se están tomando los remedios" y no es cierto, entonces, ayer nos quedamos marcando ocupado las enfermeras, diciendo que nos pasa, parece que no estamos llegando al paciente con confianza, hasta que nos diga que en realidad no se está tomando los remedios y es por eso que andamos con los paciente super descompensados, entonces algo nos está fallando, nosotros... dentro de lo que yo recuerdo de la salud familiar es la autocrítica, importante, la autocrítica de la mirada profesional, o sea de no ponerse el parche y decir, no si yo lo hago bien y todos lo hacemos bien y enfermería anda rebien, o sea a lo mejor las nutri y los médicos meten

*la pata, no, hay que pensar que uno es equipo y nosotros trabajamos en equipo, yo tengo la doctora que trabaja los miércoles acá conmigo, yo veo crónico y ella ve crónico y cualquier duda yo se lo digo a ella, cualquier duda ella me lo dice a mí o me pide ayuda si tiene que mandar receta de insulina, yo tengo que capacitarlo cómo usar la insulina, todo eso, se trabaja en equipo, es chiquitito esto, pero se trabaja en equipo igual.*

### **¿Qué otros profesionales trabajan aquí?**

*Aquí trabaja lunes, jueves y viernes la nutricionista, solo en la mañana, porque Laurita es una profesional que está por jubilarse, trabaja cuatro horas. Yo estoy todos los días igual que Estrella que es la matrona, que es jefa del Cecosf, de lunes a viernes ocho horas, está la Nátali Tapia, la auxiliar técnico de educación superior, paramédico, que trabaja 8 horas diarias de lunes a viernes, Cati Rodriguez, la administrativa también ocho horas diarias y viene los martes la psicóloga, Paola Pérez, la Sra. Paola Perez, la Paolita que está casada, viene también la doctora Mobilla, Aurora Mobilla, los miércoles de ocho a doce y media a ver a los crónicos. Ese es todo el recurso que cuenta el Cecosf, no tenemos morbilidad, toda la morbilidad va para abajo. Pide hora abajo, a través de ese número que dice ya no necesita hacer fila, pero no funciona mucho, la gente digita, digita rut, le sale ocupado y la gente va hacer igual la cola allá.*

### **¿Cecosf está más enfocado en la prevención y la promoción de la salud?**

*Si, más que al tratamiento. Pero en eso estamos pegados, si nos ponemos la mano al corazón, todavía, yo ayer les decía, yo que trabajo desde el 89, dije todavía nos pisamos la cola, lo dije en la reunión, porqué, porque estamos en la parte tratamiento, en la parte ya de curaciones y ya no es preventiva la cosa, nosotros tenemos, o sea nuestra meta nacional, todo el país, el Minsal, tiene metas para todas las edades de hacer lo que se llama EMPA en los jóvenes, de 18 a los 64 años EMPA, pero hay edades focalizadas que es importante que hay que hincar el pie, por ejemplo los hombres de 20 a 44 y las mujeres de 45 a 64 hay que hacer EMPA, Médico preventivo del adulto que se llama, lo puede hacer enfermera, nutricionista, médico ya, kinesiólogo*

*también. Se hacen campaña a bajo, acá nosotros recibimos, nosotros con la nutri, la Estrellita hacemos EMPA espontaneo cuando vemos que una persona hace año no se hace un control de salud, se lo hacemos, que no tenga enfermedad de hipertensión o diabetes, que no esté diagnosticada, esa es la condición, se le hace para ver y pesquisar las enfermedades cardiovasculares prevenibles, o tratar las enfermedades crónicas a tiempo, precozmente, eso, eso es preventivo. Lo otro es hacer talleres, también es preventivo, ir a jardines, hacer control de eso también es preventivo, ya, porque podemos captar una gran cantidad de niños obesos o con sobrepeso, que es el gran problema en Chile, que es en toda Latinoamérica, pero Chile la lleva. Estamos en la estadística media odiosa, parecido a los Yankis. Así que, más allá de eso, yo te diría que no. Yo siempre soñé, yo estoy por jubilarme, yo soñé que íbamos hacer una atención primaria alguna vez, como te la contaron en la escuela de salud pública, que tú sales a hacer trabajo en la comunidad, codo a codo con la comunidad, formar grupo, trabajar con la comunidad, después les entregas las herramientas y ellos solitos parten haciendo actividades, haciendo proyectos, o sea presentando, ahora que se ve tantas cosas y facilidades de proyecto, pero eso no, que yo sepa, el Carol, aisladamente ha hecho alguna que otra cosa, pero acá no se ha hecho nada todavía concreto, como eh proyecto, más allá de la mesa barrial, que antes trabajaba la Estrellita pero ya no puede, no tiene tiempo suficiente, tiene mucha pega. Pero trabajo así en la comunidad muy cercano no tenemos, entonces estamos siendo un poco como el trabajo de atención acá, dentro de... ellos tienen que acudir a nosotros, ya.*

**Si pudiera de alguna manera evaluar, en los cinco años del Cecosf o los dos que usted lleva trabajando, desde la experiencia, si ha habido algún cambio o algún impacto en la comunidad, en las personas.**

*Bueno, antes no era conocido y cada vez se está inscribiendo más gente, por un lado es porque abajo se le da la orientación y si ve que pertenece a esta población y se dice, tienen un Cecosf. Está muy escondido o hay gente que por años se atiende en el Carol y no se quiere salir del Carol, teniendo el Cecosf a dos cuadras, pero como no hay una ley que te obliga a estar en un centro de salud, ellos eligen, tenemos gente que bien de Buin, de Pudahuel, de San Bernardo, Puente Alto, que tuvieron asignación de casas*

*allá, que vivían con los papás acá, se fueron, pero quieren seguir atendiéndose en este lugar, incluso tenemos acá en el Cecosf gente viniendo de otros lados.*

*Bueno, gran impacto yo no podría decir si hay o no, en ese sentido la Estrellita podría decir de todos los años que lleva en la mesa barrial. Yo creo que el Cecosf se ubicó en cierta medida a través de la mesa barrial como en un cierto protagonismo, ya somos más conocidos por las personas, cada vez estamos teniendo más gente. Bueno, antes aquí no había enfermera de hecho, en el Carol ninguna de las colegas se quería venir, entre ellas yo tampoco, pero se tomó la decisión y alguien se tenía que venir y me vine yo. Y entonces, como no había enfermera, no había control sano aquí, que es el ciclo vital que nosotros seguimos desde dos meses, cuatro, seis, ocho, el años, año y medio, dos, tres, cuatro, cinco, seis, nueve, diez, once, doce todos los años de la adolescencia, después adultos, adultos mayores, en fin, todo el ciclo vital. Y no había, y ahora si está llegando población. Están llegando guagüitas, estoy viendo guagüitas de 2012, guagüitas que vi a los dos meses y ahora tienen dos años, ya son conocidos. Pero eso yo no día que es impacto, sino un curso normal, hay otro recurso enfermera, por tanto la gente acude acá. Pero si tu pregunta apunta a decir si hay un cambio en la comunidad, no me atrevería a decir que hay un cambio, porque aquí en la comunidad, en lo que se tiene de antecedentes que se manejan en la Muni y en el Carol, antes de yo venirme quería un diagnóstico de la comunidad donde iba a trabajar, se sabe que hay cierto grado de delincuencia, ha habido peleas en la plaza a cuchilladas, se han sabido, las han visto las chiquillas, han estado en riesgo, han tenido que llamar a carabineros, en fin, se sabe que ahí hay venta de alcohol ilegal en casas, hay venta de droga en algunas casas, pero es como el general rumor po', no sabemos dónde, eso corresponde yo creo que a PDI o carabineros, hacer redadas, o no sé limpiar o hacer alguna gestión, nosotros solo podemos ver a los jóvenes y hacer consejería o ser derivados a Cosam si están con una adicción marcada, que sea distinto al consumo adicional, porque estamos en el siglo XXI, o sea que un cabro te fue marihuana, un joven universitario o un joven obrero trabajador de 30, 40 años que se fume unos pitos de vez en cuando, bueno, esto te lo van a ver tus profe, pero es mi opinión, yo asumo mi responsabilidad, yo soy de las que pienso que si es un consumo ocasional no hay ningún pecado, es como si yo el fin de semana me tomo una copa de vino o dos, el*

*sábado o el domingo, o sea, cual es el pecado, porque sea enfermera ¿cuál es el delito? Ninguno, entonces hay que como separar bien las cosas. Bueno, en eso, nosotros como profesionales podemos aplicar encuestas que nos permiten ver si hay una adicción o si es consumo ocasional, listo, eso. Pero por lo menos yo no podría hablar de un impacto, porque no tengo, no tengo antecedentes, no tengo cifras, no manejo eso.*

*Lo hay es un vínculo, me agrada mucho cuando vienen las mamás y me dicen mire que está grande, por ejemplo del año yo me salto al año y medio, ese es el control, si el niño está sobrepeso u obeso, lo sigue controlando con nutricionista, no estoy yo interviniendo yo en ese tiempo, entonces cuando vienen, me dice mire que está grande y me da gusto que digan, mira te va a ver la señorita Amanda de nuevo. O sea, ahí hay un cierto vínculo que es bueno. Pero hay otras que vienen enojadas, vienen reclamando, despotricando y bueno yo ahí, con cierto tino trato de averiguar, que la rabia para donde va, que no tiene nada que ver con nosotros, tiene que ver con la problemática familiar, a veces hemos descubierto hasta maltrato de la señora por parte de la pareja, ofrecemos toda la asesoría pero la decisión es de la persona, tú ya sabes eso, yo creo que te han hecho clases de eso, de la violencia, el maltrato y los femicidios. Eso principalmente.*

Entrevista hecha por Loreto Cerda