



CENTRO STUDI SEA

ISSN 2240-7596

AMMENTU

**Bollettino Storico, Archivistico e
Consolare del Mediterraneo (ABSAC)**

N. 4

gennaio - giugno 2014

www.centrostudisea.it/ammentu/

Direzione

Martino CONTU (direttore), Giampaolo ATZEI, Manuela GARAU.

Comitato di redazione

Lucia CAPUZZI, Maria Grazia CUGUSI, Lorenzo DI BIASE, Maria Luisa GENTILESCHI, Antoni MARIMÓN RIUTORT, Francesca MAZZUZI, Roberta MURRONI, Carlo PILLAI, Domenico RIPA, Maria Elena SEU, Maria Angel SEGOVIA MARTI, Frank THEMA, Dante TURCATTI, Maria Eugenia VENERI, Antoni VIVES REUS, Franca ZANDA

Comitato scientifico

Nunziatella ALESSANDRINI, Universidade Nova de Lisboa/Universidade dos Açores (Portogallo); Pasquale AMATO, Università di Messina - Università per stranieri "Dante Alighieri" di Reggio Calabria (Italia); Juan Andrés BRESCIANI, Universidad de la República (Uruguay); Margarita CARRIQUIRY, Universidad Católica del Uruguay (Uruguay); Giuseppe DONEDDU, Università di Sassari (Italia); Luciano GALLINARI, Istituto di Storia dell'Europa Mediterranea del CNR (Italia); Elda GONZÁLEZ MARTÍNEZ, Consejo Superior de Investigaciones Científicas (Spagna); Antoine-Marie GRAZIANI, Università di Corsica Pasquale Paoli - Institut Universitaire de France, Paris (Francia); Rosa Maria GRILLO, Università di Salerno (Italia); Victor MALLIA MILANES, University of Malta (Malta); Roberto MORESCO, Società Ligure di Storia Patria di Genova (Italia); Carolina MUÑOZ-GUZMÁN, Universidad Católica de Chile (Chile); Fabrizio PANZERA, Archivio di Stato di Bellinzona (Svizzera); Roberto PORRÀ, Soprintendenza Archivistica della Sardegna (Italia); Didier REY, Università di Corsica Pasquale Paoli (Francia), Sebastià SERRA BUSQUETS, Universidad de las Islas Baleares (Spagna); Cecilia TASCA, Università di Cagliari (Italia)

Comitato di lettura

La Direzione di AMMENTU sottopone a valutazione (referee), in forma anonima, tutti i contributi ricevuti per la pubblicazione.

Responsabile del sito

Stefano ORRÙ

AMMENTU - Bollettino Storico, Archivistico e Consolare del Mediterraneo (ABSAC)

Periodico semestrale pubblicato dal Centro Studi SEA di Villacidro.

Registrazione presso il Tribunale di Cagliari n° 16 del 14 settembre 2011.

ISSN 2240-7596 [online]

c/o Centro Studi SEA

Via Su Coddu de Is Abis, 35

09039 Villacidro (VS) [ITALY]

SITO WEB: www.centrostudisea.it

E-MAIL DELLA RIVISTA: ammentu@centrostudisea.it

Sommario

Presentazione	1
Presentation	3
Présentation	5
Presentación	7
Apresentação	9
Presentació	11
Presentada	13
DOSSIER	
Salute pubblica e salute mentale nel Medio Campidano (Sardegna) tra XIX e XXI secolo	15
a cura di Alessandro Coni e Martino Contu	
– ALESSANDRO CONI, MARTINO CONTU Introduzione	17
– GIAMPAOLO ATZEI, MARTINO CONTU La Provincia del Medio Campidano: inquadramento generale e andamento demografico	21
– MARTINO CONTU La Provincia del Medio Campidano: situazione socio-economica dal secondo dopoguerra a oggi	37
– MARTINO CONTU L’assistenza agli ammalati di mente in Sardegna e nell’area del Medio Campidano tra XIX e XX secolo	48
– GUGLIELMINA ORTU Dall’assistenza legale all’assistenza sanitaria locale. Breve <i>excursus</i> delle riforme del sistema sanitario nazionale e regionale con specifico riferimento al caso Sardegna	62
– MARTINO CONTU, COSTANZO FRAU I pazienti trattati nella sede di San Gavino Monreale del Centro di Salute Mentale della ASL n. 6 di Sanluri nell’anno 2011. Analisi dei dati socio-demografici e delle diagnosi	70
– IVANO LOCCI Le certificazioni psichiatriche rilasciate dalla sede di Sanluri del Centro di Salute Mentale della ASL n. 6 nell’anno 2011. Analisi delle diagnosi	85
– COSTANZO FRAU La diagnosi psichiatrica nel Medio Campidano: analisi della psicosi secondo il nuovo paradigma basato sul trauma e sulla dissociazione	91
– ROBERTA CAPPAL I trattamenti sanitari obbligatori e volontari effettuati dal Centro di Salute Mentale della ASL n. 6 di Sanluri nel periodo 1992-2011. Analisi descrittiva	111
– ALESSANDRO CONI, COSTANZO FRAU Ricoveri ospedalieri e disturbo borderline di personalità nel Centro di Salute Mentale di Sanluri	138
– MANUELA PIANO, MICHELA TUVERI I centri residenziali e semiresidenziali di terapie psichiatriche. Analisi delle strutture che operano nella ASL n. 6 (2006-2010)	150
– GIANFRANCO CARBONI, ALDO CASADIO Lo stato di salute della popolazione carceraria detenuta nella Casa di Reclusione “Is Arenas” (Arbus) nel biennio 2011-2012	178

FOCUS	
Famílias modernas en América Latina	209
bajo la dirección de Carolina Muñoz-Guzmán	
– CAROLINA MUÑOZ-GUZMÁN Introducción	209
– CARLA FLORES FIGUEROA Obstáculos para el abordaje de familias con necesidades complejas en el sistema de salud de atención primaria en la región de Maule, Chile	211
– RAYEN CORNEJO TORRES La dimensión simbólica como estrategia de reproducción de jerarquización social, una herencia del periodo colonial	221
– LILIANA GUERRA ABURTO La familia como transmisora del sistema sexo-género	230
– MARICELA GONZÁLEZ MOYA <i>Inside Home</i> . La visita domiciliaria de trabajadores sociales como estrategia de vinculación entre orden institucional y familia. Chile, 1925-1940	241
– ISKRA PAVEZ SOTO, KATHERINE LEWIN Infancia e inmigración en Chile: hacia un estado del arte	254
– CAROLINA MUÑOZ-GUZMÁN Child protection in Chile: towards a rights' perspective	268
FOCUS	
Profili di antifascisti repubblicani, socialisti e democristiani e di pentecostali sardi perseguitati dal regime del duce	279
a cura di Lorenzo Di Biase	
– LORENZO DI BIASE Introduzione	281
– IMMACOLATA CINUS La storia di tre antifascisti del centro minerario di Guspini: i repubblicani Ettore Manis e Luigi Murgia e il socialista Eugenio Massa	283
– EMANUELA LOCCI Giorgio Mastino Del Rio: dalla resistenza romana all'attività politica nelle file della Democrazia Cristiana	304
– LORENZO DI BIASE La persecuzione pentecostale durante il fascismo. Il caso dei cinque "tremolanti" sardi perseguitati dal regime	315
Ringraziamenti	347

Obstáculos para el abordaje de familias con necesidades complejas en el sistema de salud de atención primaria en la región del Maule, Chile

Carla FLORES FIGUEROA
Universidad Santo Tomás, Chile

Abstract

This study starts with the premise that in the primary health services in Chile, there is a preponderance of the use of conservative approaches towards the normative structural family type, which is at variance with the range of contemporary family structures and which does not reflect the transformations that families have undergone. In order to respond to this premise, the theoretical approaches with regard to families set forth in the health policies which guide the actions of those who implement the said policy were explored, and the various ways in which the public officials who deliver the services under examination interpret them were described.

A case study was carried out at four primary health clinics in the region of Maule (Chile), during 2010. Eleven semi-structured interviews and six non-participating observations were carried out, which were then analysed using the constant-comparison method. Subsequently the theoretical model was developed and its implications were examined.

The results revealed that the public health policy is characterized by the promotion of traditional and standardized conceptual frameworks with regard to families, which do not reflect reality. Furthermore, it was found that the majority of the subjects studied had a conservative and traditional outlook with regard to the family, deriving from the weight of this political agenda and from the significant influence of the structural approaches in health science.

Keywords

Public health policy, Families, Intervention in primary healthcare

Resumen

Este estudio parte de la premisa de que en los servicios de salud primaria en Chile, predomina la utilización de enfoques conservadores de tipo estructural normativo de las familias, que difieren de la variedad de formas familiares contemporáneas y que no dan cuenta de las transformaciones que éstas han experimentado. Para responder este supuesto, se exploraron los enfoques teóricos sobre las familias declarados en la política de salud que guían el accionar de los implementadores, y se describieron y analizaron las diversas comprensiones sobre ellas, que tienen los funcionarios de los servicios estudiados.

Se realizó un estudio de caso en cuatro centros de salud primaria de la región del Maule, Chile, durante el año 2010. Se aplicaron 11 entrevistas semi-estructuradas y 6 observaciones no participantes, las que fueron analizadas a través del método de comparación constante. Posteriormente se desarrolló el modelo teórico y se analizaron sus implicancias.

Los resultados evidenciaron que la política de salud pública, se caracteriza por promover marcos conceptuales sobre las familias, tradicionales y homogenizantes que no se ajustan a su realidad. Además, se constató que la mayoría de los sujetos de estudio poseía una mirada conservadora y tradicional sobre la misma, producto del peso de esta agenda política y de la alta influencia de los enfoques estructurales en las ciencias de la salud.

Palabras Clave

Política de salud pública, Familias, Intervención en salud primaria

1. Presentación de la Investigación

Con el regreso a la democracia Chile comienza a desarrollar gradualmente políticas y programas de mejoramiento del sistema de salud público. En un primer momento el

Estado realizó importantes inversiones en infraestructura y recursos humanos¹, luego producto de los cambios epidemiológicos introdujo reformas en los procesos de gestión y atención.

Además, en 1990 la situación sanitaria del país había cambiado, las «enfermedades infecciosas que generaban muertes precoces y que requerían de un modelo de atención curativo»² centralizado en los hospitales habían sido superadas y desplazadas por otras patologías asociadas a los estilos de vida, como por ejemplo, la obesidad, la hipertensión, el estrés, el tabaquismo y la depresión. Es por esto que el año 2000, el Estado decide impulsar una reforma de salud que releva el rol del sistema de atención primaria, ya que es el nivel que en mayor medida recoge y contribuye al cambio cultural que se requería para abordar estas transformaciones.

Es así como el 2004 se plantea un nuevo modelo de atención de salud con enfoque integral y familiar que orienta las prácticas al interior de los servicios del nivel primario a «los problemas de salud de los individuos en el contexto de sus circunstancias familiares, redes sociales y culturales y su entorno laboral»³. De esta manera, la unidad de cuidado ya no es únicamente el paciente, sino que además se integra a la familia.

Sin embargo, se han presentado ciertas dificultades durante el proceso de implementación de esta reforma, no sólo porque los funcionarios de la salud han ofrecido resistencia a incluir a la familia como marco de referencia en sus intervenciones⁴ sino porque además, sus comprensiones y valores respecto a la misma, pueden no estar considerando las transformaciones sociales que ésta ha experimentado.

En este contexto, la investigación que se presenta en este artículo busca dar cuenta de la opinión de los funcionarios profesionales y técnicos de cuatro centros de salud primaria de la Región de Maule, con respecto a la identificación y abordaje de las familias con necesidades complejas. Se optó por utilizar este concepto, para describir a las familias que comparten una serie de características como pobreza, dificultades de salud física y mental, abuso de drogas y alcohol, presencia de violencia doméstica, embarazo adolescente y monoparentalidad.

2. Metodología

Este estudio plantea como supuesto principal que en los servicios de salud primaria predomina la utilización de enfoques conservadores de tipo estructural normativo de las familias, que difieren considerablemente de la variedad de formas familiares contemporáneas, sin dar cuenta de las transformaciones que han experimentado durante las últimas décadas.

Para responder a este supuesto se desarrolló un estudio de caso en la Región del Maule, específicamente en tres centros de salud primaria de las localidades de Rauco, Sarmiento y Curicó.

¹ Se construyeron trece hospitales, se modernizaron trece centros clínicos o consultorios de especialidades. Todo ello por un valor de 545 millones de dólares, además se dotó de sistemas computacionales a prácticamente todo los servicios de salud.

² JULISSA ELGUETA, LILIAN GROTHUSEN Y CLAUDIA JIMÉNEZ, *De consultorio a centro de salud: resistencia del equipo al cambio de modelo*, en *Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar* (1°; 2007: Santiago, Chile). *Trabajos*, Universidad Austral de Chile, Escuela de Medicina, Valdivia (Chile) 2007, p. 1.

³ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, *Renovación de la Atención de Primaria de Salud en las Américas*, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Agosto 2005. p. 28.

⁴ *Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. La manera de hacer las cosas*, Editorial PNUD, Santiago de Chile 2009, p. 21.

La aproximación a la realidad, para el conocimiento del objeto de estudio, se realizó por medio del enfoque cualitativo/interpretativo. A partir de esta opción metodológica, se recopilaron las explicaciones, sentidos y significados que los funcionarios le atribuyen a la familia.

Se aplicaron seis observaciones no participantes. Tres de ellas se efectuaron cuando los funcionarios de los servicios de salud realizaban visitas domiciliarias integrales y las otras tres cuando participaban de reuniones de equipo destinadas a discutir los estudios de familia. Todo esto con el fin de observar el comportamiento de los sujetos de investigación durante el proceso de intervención familiar.

Además, se realizaron 11 entrevistas semi-estructuradas. En un primer momento se iban a aplicar aleatoriamente. No obstante, durante las primeras conversaciones con los equipos de salud⁵ informaron que los trabajadores sociales eran quienes más intervenían con las familias, es decir, eran actores claves para el objeto de esta investigación. Por este motivo, se optó por entrevistar a uno de ellos por cada caso de estudio.

Asimismo se entrevistó a 2 obstetras, 2 enfermeras y 1 nutricionista, quienes también fueron seleccionados por tener un mayor nivel de involucramiento en la implementación del nuevo modelo de salud familiar.

Los médicos y odontólogos no estuvieron dispuestos a participar del estudio por no disponer de tiempo y, porque dada su alta demanda de atención en morbilidad, argumentaron que prácticamente no participaban de los estudios de familia⁶.

Entre los funcionarios técnicos se entrevistaron sólo a 3 paramédicos, ya que, a diferencia de los administrativos, choferes y auxiliares de servicio, ellos sí realizan visitas domiciliarias integrales y participan activamente de los procesos de intervención familiar.

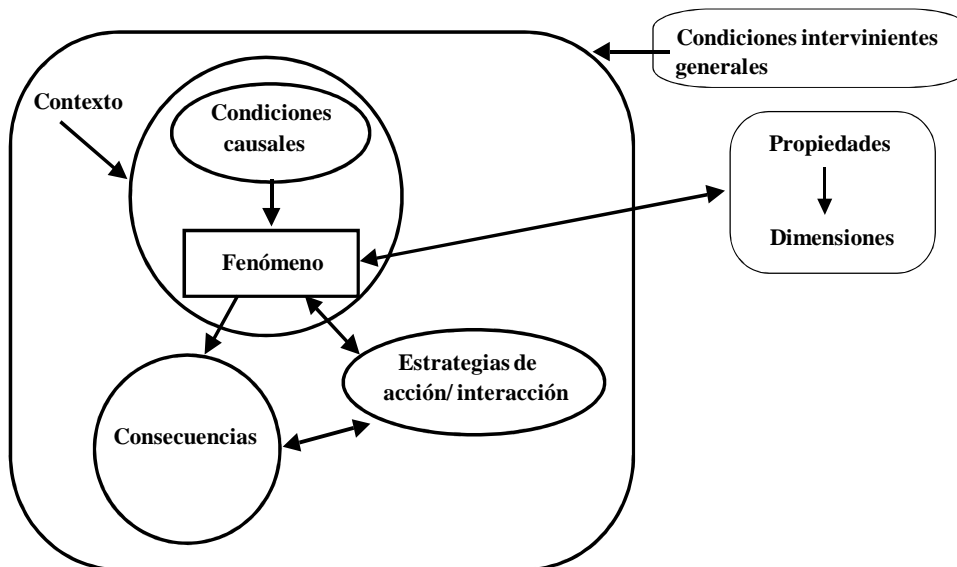
El estudio utilizó como principal técnica para el análisis de la información el método de comparación constante desarrollado por Glasser y Strauss. Sin embargo, no fue posible establecer distinciones relevantes entre un caso y otro, porque la mayor parte de los entrevistados poseía líneas argumentativas similares, por lo tanto, se provocó una rápida saturación de la información.

Finalmente, se construyó el modelo comprensivo de acuerdo al siguiente paradigma de codificación.

⁵ Un equipo de salud primario está constituido por profesionales del área biomédica (médico, odontólogo, obstetra, enfermera) y del área psicosocial (asistente social y psicólogo), técnicos profesionales (técnico profesional en enfermería, técnico dental) y funcionarios no profesionales (auxiliar de farmacia, auxiliar de enfermería, choferes y auxiliares del aseo), que en su conjunto no sólo deben atender a los individuos de un sector geográfico determinado, sino que a la familia y a la comunidad.

⁶ Estos datos fueron recogidos a través de la observación no participante de las reuniones de equipos en los centros de salud familiar.

Gráfico Paradigma de Codificación



Fuente: JOSÉ ANTONIO ROMÁN, *Grounded Theory*, en *Taller de Investigación Cualitativa* (1º; 2008: Santiago, Chile). *Material de Apoyo*, Universidad Alberto Hurtado, Escuela de Psicología, Santiago (Chile) 2008, p. 13.

Los elementos que constituyen este paradigma y que están presentes en este análisis, pueden ser definidos de la siguiente forma⁷:

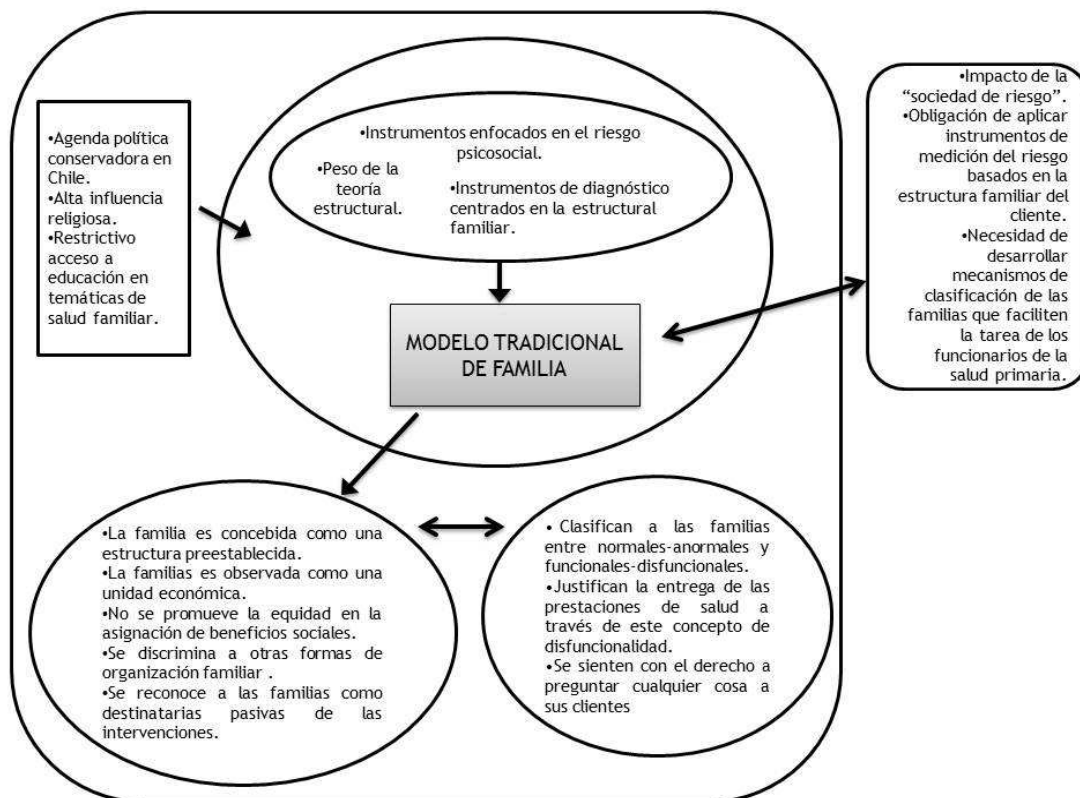
- Fenómeno: la idea central, evento, suceso, o incidente al cual se refieren las acciones o interacciones o con el cual se relacionan.
- Condiciones causales: eventos, incidentes, sucesos que llevan a la ocurrencia o al desarrollo de un fenómeno.
- Contexto: es el conjunto particular de condiciones bajo las cuales se da el fenómeno (o se llevan a cabo las estrategias de acción).
- Condiciones intervinientes: las condiciones estructurales que influyen sobre las estrategias de acción/interacción que pertenecen al fenómeno. Ellas facilitan o interfieren las estrategias implementadas dentro de un contexto específico.
- Acción/Interacción: estrategias para manejar, llevar a cabo o responder ante un determinado fenómeno (bajo un determinado conjunto de condiciones percibidas).
- Consecuencias: resultados de la acción/interacción.

Cabe precisar, que si bien los resultados presentan estas rotulaciones, esta estructura no tiene por fin mostrar las causas y efectos del fenómeno, ya que esto simplificaría el análisis. El objetivo, es «captar el flujo dinámico de los

⁷ JOSÉ ANTONIO ROMÁN, *Grounded Theory*, en *Taller de Investigación Cualitativa* (1º; 2008: Santiago, Chile). *Material de Apoyo*, Universidad Alberto Hurtado, Escuela de Psicología, Santiago (Chile) 2008, p. 13.

acontecimientos y la naturaleza compleja de las relaciones que finalmente hace que la explicación de los fenómenos sea interesante, verosímil y completa»⁸.

2.1 Resultados



La imagen de la familia que predomina en las entrevistas es más bien tradicional. Ésta es considerada saludable cuando posee un fundamento estructural completo e invariante, es decir, cuando es nuclear y relativamente estable como para poder sustentar a la familia en sus funciones. Por el contrario se habla de una familia en «riesgo» cuando es monoparental o presenta dificultades asociadas a la pobreza.

2.2 Contexto

La dimensión subjetiva de la familia no es sólo una construcción individual, sino que además se despliega en el contexto sociocultural en que los entrevistados viven. Es por esta razón que su marco de comprensión se encuentra asociado a la religión, particularmente a la católica.

Además, las políticas públicas en Chile definen a la familia como «la célula básica de la sociedad, cuya base es el matrimonio»⁹, que a su vez es «el resultado de una experiencia de alianza entre géneros»¹⁰. Esto es similar al discurso de la iglesia

⁸ ANSELM STRAUSS Y JULIET CORBIN, *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*, CONTUS-Editorial, (2a. ed.), Universidad de Antioquía, Bogotá (Colombia) 2002, p. 140.

⁹ MINISTERIO DE SALUD, SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES, DIVISIÓN DE GESTIÓN DE LA RED ASISTENCIAL, *En el Camino a Centro de Salud Familiar*, Santiago (Chile) 2005, p. 97.

¹⁰ MINISTERIO DE SALUD, *En el Camino a*, cit., p. 97.

católica que también funda las relaciones de pareja en el matrimonio entre un hombre y una mujer.

Es así como la interacción entre estos discursos proporciona un marco a los entrevistados de lo que debería ser una familia saludable y lo que no debería ser, es decir, permite detectar los comportamientos que se desvían de este ideal.

Evidencia de lo anteriormente expuesto es que a pesar de la creciente secularización de lo público, este relato aparece en gran parte de los funcionarios:

Una familia saludable, primero que todo tiene una vivienda adecuada, con buenos ingresos, generalmente son familias con dos hijos, en que los niños estén recibiendo la alimentación completa. Compuestas ojala por la mamá, el papá y los hijos, independiente si son reconstituidas o no, que estén las dos figuras, con una educación cristiana o religiosa, no importando la que sea. (Trabajadora Social N°1, Centro de Salud N° 1).

Los relatos de los funcionarios con menor nivel educacional se caracterizan por condicionar a la familia a un modelo tradicional. Por el contrario los profesionales más capacitados reconocen un panorama más pluriforme en relación a la misma. Esto se explica porque «a mayor educación mayor tolerancia y a menor educación mayor intolerancia»¹¹. Lamentablemente el territorio en que se desempeñan los entrevistados es rural y según sus propios relatos esto hace que el acceso a capacitación sea muy restrictivo.

Nosotros no hemos tenido capacitación, en el fondo hacemos lo que podemos porque igual somos hartos funcionarios. También hay que pensar que para capacitarnos no podemos salir todos los mismos días, yo no puedo cerrar el consultorio todo el día e ir a capacitar a los funcionarios, no porque hay mucha gente que necesita atención y además acá no hay dónde capacitarse. (ParamédicoN°1, Centro de Salud N° 2).

2.3 Condiciones Causales

Las bases conceptuales del modelo de salud familiar en Chile encuentran parte de su sustento en la teoría estructural, cuyos principales exponentes son Claude Levi Strauss y Salvador Minuchin que aportan con los conceptos de roles, funciones, límites y fronteras al campo de la intervención con familias. Evidencia de esto es que los manuales gubernamentales que establecen los modelos de intervención en salud explicitan que la capacidad o sensación de control de un individuo sobre sus problemas depende del equilibrio de su estructura familiar y que, las eventuales enfermedades que pudiera presentar, pueden ser provocadas por las características estructurales de la misma¹².

Los entrevistados señalan que el instrumento más utilizado para evaluar a la familia es el genograma, que es una presentación gráfica del desarrollo de la familia a lo largo del tiempo, que proporciona una imagen de su estructura y permite sintetizar los antecedentes, el nivel sociocultural y laboral de los pacientes como factores condicionantes de los problemas de salud¹³.

¹¹ FUNDACIÓN IDEAS, *Tercera Encuesta de Tolerancia y No Discriminación*. [en línea]. Santiago 2003. [fecha de consulta: 03 de diciembre del 2010]. Disponible en: [http://www.participemos.cl/ attachments/102_Encuesta_Tolerancia_y_No_Discriminacion.pdf](http://www.participemos.cl/attachments/102_Encuesta_Tolerancia_y_No_Discriminacion.pdf), p. 201.

¹² MINISTERIO DE SALUD, GOBIERNO DE CHILE, DEPARTAMENTO DE CICLO VITAL, *Manual de Orientación en Atención Integral con Enfoque Familiar*, Santiago (Chile) 2007, p. 1.

¹³ IGNACIO YURSS, *Atención a la familia: otra forma de enfocar los problemas de salud en atención primaria*. *Instrumentos de Abordaje Familiar*, en «Revista Anales», II (24), 2001, (71-82), p. 78.

El conflicto principal es que las preguntas que realizan los funcionarios sólo se centran en la composición estructural de la familia y no en las relaciones afectivas que puedan existir entre sus miembros.

Además, tal como los entrevistados lo señalan tienden a enfocar su atención en las patologías y déficits individuales, porque los instrumentos con los que cuentan no les permiten visualizar las fortalezas.

No hay nada que permita separar los que están en riesgo de los que no están en riesgo, no hay nada, ningún instrumento. Uno tiene que ser criteriosa al aplicar el EPSA¹⁴, porque si lo aplicas tal como dice, capaz que te salgan todas las mamás en riesgo. Yo soy un poco más criteriosa con el EPSA no me salen tantas en riesgo, porque lo adapto. (Obstetra N° 1, Centro de Salud N° 3).

Por otra parte, se observa una gran influencia del modelo biomédico que «alimenta la tendencia a enfocar el análisis de los problemas como un diagnóstico esencialmente desde las deficiencias individuales»¹⁵. Evidencia de esto es la descripción que hace una de las entrevistadas sobre los usuarios que ella califica como dependientes del sistema.

Hay una victimización de su historia familiar, son siempre víctimas del entorno, son de la historia de la familia, del papá, del sistema, de las circunstancias, son siempre víctimas. Y siempre el control de sus vidas está generado por entes externos, no lo asumen como propios, están como eso me tocó, no hay un cuento de pararse frente a la vida y decir, esto es lo que yo elegí, lo puedo cambiar o lo puedo mejorar, son súper así victimizados. (Trabajadora Social, Centro de Salud N° 2).

En suma, las estrategias para identificar el riesgo psicosocial «están dirigidas a los que se cree, no pueden o no quieren administrar sus vidas o conducir sus riesgos, a los incapaces de ejercer su autonomía responsablemente»¹⁶.

2.4 Condiciones Intervinientes

Este fenómeno también se encuentra influenciado por condiciones estructurales, es decir, hay una directa relación entre el contexto sociopolítico en que los funcionarios se desempeñan y sus prácticas. Entonces, no es extraño que ellos focalicen sus intervenciones desde una perspectiva del déficit, ya que se desempeñan en servicios de salud que se caracterizan por organizarse en torno al concepto de riesgo psicosocial.

Ahora bien, la limitación de los recursos financieros ha obligado a nuestro país a levantar sistemas de alerta temprana, como por ejemplo, el programa Chile Crece Contigo¹⁷, que permite identificar a los grupos sociales más vulnerables y por tanto aprovechar al máximo los recursos destinados a combatir el riesgo social.

¹⁴ Evaluación Psicosocial Abreviada.

¹⁵ ROSEMARY KENNEDY CHAPIN, *Social Policy Development: The Strengths Perspective*, en «Journal of Social Work», Vol. 40 (4), Jul 1995, (506-514). Traducción Jeannette Monsalve, p. 3.

¹⁶ SHOSHANA POLLACK, *Labelling Clients 'Risky': Social Work and the Neo-liberal Welfare State*, en «The British Journal of Social Work» (Oxford University Press), Vol. 40 (4), June 2010 (1263-1278), p. 1264.

¹⁷ Chile Crece Contigo es un Sistema de Protección Integral a la Infancia que tiene como misión acompañar, proteger y apoyar integralmente, a todos los niños, niñas y sus familias, a través de acciones y servicios de carácter universal, así como focalizando apoyos especiales a aquellos que presentan alguna vulnerabilidad mayor. Forma parte del Sistema Intersectorial de Protección Social (ley 20.379) y está en línea con los compromisos asumidos por el Estado de Chile al ratificar, en 1990, la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño.

Una de las prestaciones sociales más emblemáticas de la política anteriormente mencionada es la visita domiciliaria integral, que consiste en que un equipo de salud visita a una gestante en su hogar con el fin de aplicar una serie de preguntas evaluativas que facilitan la detección de la presencia o ausencia del riesgo psicosocial¹⁸ en la familia. El instrumento otorga un puntaje según la red de apoyo que tiene la gestante. Si se trata de una madre soltera accede a todas las prestaciones del sistema de salud y, por el contrario, una mujer que cuenta con un esposo o conviviente es calificada como saludable en términos psicosociales, por consiguiente, no recibirá los beneficios sociales que el programa otorga.

El conflicto de este tipo de prestaciones sociales, es que aunque el estado quiera focalizar sus recursos en las familias más necesitadas, no tiene claridad respecto a cuáles son y cómo están constituidas en la actualidad. Dicho de otro modo, las familias han cambiado en los últimos años, precisamente por eso, la monoparentalidad no necesariamente hoy es un indicador del riesgo.

2.5 Estrategias de Intervención

Los entrevistados adoptan estrategias para responder a los requerimientos que la política social les impone e identifican, clasifican y etiquetan a las familias como normales-anormales o funcionales-disfuncionales, desde sus propias miradas.

[Se] me pegó el tema de las clasificaciones, nosotros las clasificamos por la estructura, si son nucleares, biparentales, en la etapa del ciclo vital en la que están, en la etapa del ciclo familiar que está el caso índice, o las personas que componen la familia, como que sin querer queriendo terminamos todos clasificando en esos términos. (Enfermera N° 2, Centro de Salud N° 1).

El problema, es que sus comentarios respecto a quienes son objeto de su intervención están cargados de subjetividad y revelan el poder de los discursos institucionales. Por ejemplo, una trabajadora social describe lo siguiente:

Yo de repente soy como súper confrontacional con las intervenciones, por ejemplo, una señora me dijo que le costaba hacerle cariño a su hija. Entonces, yo dije ¡alerta! o sea ¡le cuesta hacerle cariño! ¿qué es lo que pasa con su hija? Ahí le empiezo a hacer inmediatamente el diagnóstico, entonces, lo que pasó en esa entrevista, es que al final yo fui como súper así de frente y me acuerdo que le pregunté, ¿hay veces en que tú sientes envidia de tu hija?. (Trabajadora Social N° 3, Centro de Salud N° 3).

En la mayor parte de las intervenciones los entrevistados responsabilizan a los sujetos de sus problemas, vale decir, ponen especial énfasis en las actitudes emocionales y en los factores psicológicos, pero obvian los factores estructurales como por ejemplo la pobreza, la desigualdad en educación, etc.

¹⁸ Para esto evalúa la presencia de los siguientes 16 factores de riesgo en la red social de la gestante: ausencia del padre, enfermedad grave padre o madre, alcoholismo de otro miembro de la familia, alcoholismo padre y/o madre, enfermedad psiquiátrica de un miembro de la familia, enfermedad invalidante del padre y/o madre, sin redes de apoyo, violencia intrafamiliar, maltrato infantil y/o abuso sexual, madre ausente, ruralidad extrema, enfermedad crónica de miembro de la familia, embarazo mal recibido por miembros, adolescentes sin figuras significativas y niños vistos como carga, es decir, descritos en términos negativos y a su vez sólo se evalúa la presencia de los siguientes 6 factores protectores en la red de apoyo social: existencia de figuras significativas con valores e inteligencia emocional presente, buen trato en la relación cotidiana, familia de origen cercana y apoyadora, funcionalidad familiar sana, redes de apoyo comunitario y participación en grupos religiosos.

2.6 Consecuencias

La familia es concebida por los funcionarios de la salud como una estructura preestablecida, y a su vez es observada como una unidad económica, en la que se marcan los roles de cada uno de los miembros. Esto se ejemplifica en la respuesta que da una nutricionista respecto a la pregunta sobre los aspectos que debieran ser satisfechos para decir que una familia es saludable, tanto física como mentalmente:

Una familia saludable es una familia donde están presentes las dos figuras paternas, mamá y papá, porque los niños necesitan la figura paterna. Debe satisfacer las necesidades de vestimenta, de alimentación, de educación, necesidades económicas en general, para poder abastecer todo lo demás y debe cubrir las necesidades de ingreso y educación. (Nutricionista, Centro de Salud N° 1).

Para la mayor parte de los entrevistados una familia es considerada saludable en la medida que responde «al modelo arquetipo de la sociedad contemporánea, a la llamada familia conyugal tradicional, es decir, a una estructura formada por la pareja de esposos que reside en un hogar independiente con sus hijos no emancipados»¹⁹ y cualquier desviación de este prototipo es juzgada como un problema social.

Una vez que las personas son etiquetadas como en riesgo, son apreciadas según los propios entrevistados como destinatarias pasivas de las intervenciones, que deben conformarse con las prestaciones de salud a las cuales acceden, a pesar de que no resuelvan sus problemas. En particular a una de las funcionarias se le preguntó ¿qué le ofrece el sistema a esa familia que es clasificada en riesgo psicosocial? y ella respondió:

Les ofrece la cartera [de beneficios] que hay acá y eso. Si yo la detecto, la derivo al psicólogo, pero al final tú a la familia, la pasas por todo el equipo, nutricionista, psicólogo, médico y eso. Al final la pobre señora está toda una mañana en el consultorio y pasó por tres funcionarios, y pasan individualmente, nunca pasan en familia, al hombre no lo vemos nunca. (Obstetra N° 2, Centro de Salud N° 2).

Esto evidencia la existencia de estructuras organizativas sujetas a ciertas rutinas, que facilitan las tareas, pero que al mismo tiempo hacen que las posibilidades de lograr una intervención efectiva sean escasas.

Es por todo esto, que los sujetos de estudios terminan observando a la familia desde una lógica tradicional, que a todas luces todas luces se constituye en un referente de lo que es considerado como normal y saludable.

Hay familias que son muy funcionales, que marcan sus esquemas, como los esquemas que uno ha tenido desde chica, o sea, yo fui formada bajo el contexto de mamá-papá, como la normalidad. Pero también yo me he encontrado acá con familias que son disfuncionales. La otra vez vino un señor que tenía una pareja que no era mamá, o sea eran bisexuales, entonces hay de todo, incluso homosexuales. Entonces uno encuentra de todo. (Trabajadora Social N° 1, Centro de Salud N° 1).

Lamentablemente en Chile, aún no se puede hablar de la democratización de la familia, porque aunque las viejas estructuras estén deterioradas, «los principios de diálogo, del cambio eventual de roles, del escuchar, del hacerse responsable por el

¹⁹ CRISTINA GOMEZ Y RODOLFO TUIRÁN, *Procesos sociales, población y familia: alternativas teóricas y empíricas en las investigaciones sobre vida doméstica*, FLACSO, Mexico 2001, p. 25.

otro siguen incumplidos»²⁰ y a la vez la senda hacia una mirada más pluriforme sobre las familias, se ve obstaculizada por este fenómeno.

3. Conclusiones

Los hallazgos de esta investigación confirmaron el supuesto de que las familias chilenas habían experimentado profundas transformaciones, y que estos cambios aún no habían sido abordados por el sistema de salud público.

Después de un acucioso análisis de las bases conceptuales del modelo de salud familiar, fue posible concluir que la política pública de salud en Chile, se caracteriza por poseer un discurso sobre la familia tradicional y homogenizante que no responden a su realidad.

La invisibilización de estos cambios tiene una serie de implicancias. En primer lugar impide que la política pública se haga cargo de la comprensión de la situación actual de las familias chilenas y de los impactos que estas transformaciones han provocado sobre ellas. Además, tiene efectos negativos en la identificación de los problemas que enfrentan las familias con necesidades complejas, como objeto de la intervención, porque los modelos teóricos promovidos por el Estado no se ajustan a sus realidades.

Por otra parte, las ciencias de la salud encuentran en gran medida parte de su sustento teórico en el estructuralismo, que como hemos visto en este documento, considera que una familia es saludable cuando es nuclear y relativamente fija como para poder sustentar a sus miembros en sus funciones. Esto sitúa nuestros modelos de intervención en salud en una arista conservadora y anacrónica en términos epistemológicos, porque cuando los entrevistados utilizan este enfoque tienden a clasificar a las familias entre «saludables» o en «riesgo», lo que a su vez genera las siguientes problemáticas:

- Inequidad en la asignación de los beneficios, porque muchos individuos que provienen de una estructura familiar nuclear y presentan necesidades de alta complejidad, no pueden acceder a ciertas prestaciones, porque la política de salud no define su situación como en «riesgo». Al mismo tiempo, otras familias cuya estructura familiar es incompleta, pueden ser constantemente catalogadas como en «riesgo», sin estarlo realmente.
- Se excluyen a aquellas familias cuya organización no responde al modelo teórico instalado por la política, a través de su no reconocimiento. Ejemplo de esto es la invisibilización de las familias homoparentales.

En este escenario los sistemas de salud pública en Chile deberían actualizar los enfoques epistemológicos y teóricos que utilizan para abordar a la familia. En concreto, cuestionarse el peso de la teoría estructural en los instrumentos que utilizan para abordarla.

Para terminar, resulta también relevante señalar que quienes diseñan las políticas de salud deberían hacerse cargo de que los cambios que éstas generan dependen mucho más de los implementadores involucrados en el trabajo cotidiano, que de las instancias centrales que las determinan. Por consiguiente, no basta con que se les indique a los funcionarios de los servicios de salud que la familia debe ser abordada interdisciplinariamente, para que esto ocurra, sino que además se necesita realizar un trabajo profundo con los equipos que hacen éste trabajo.

²⁰ ULRICH BECK, *Hijos de la Libertad*, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires 1999, p. 209.